Nr. 38. 20. września 1936 Rok XV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

F. VENULET, F. GOEBEL i R. TISLOWITZ. Warszawa.

O działaniu zakwaszającym amoniaku na ustrój [1]).

Z Zakładu Patologii Ogólnej i Doświadczalnej U. J. P.
Kierownik: Prof. Dr. Franciszek Venulet.

Jak już donosiliśmy w pracy poprzedniej (2, 3), punkt wyjścia badań naszych stanowi pewne spostrzeżenie kliniczne jednego z nas (Venulet (1)). Dotyczy ono przypadku uporczywej niemiarowości heterotopowej przedsionkowo-komorowej, do powstania której na tle konstytucjonalnej wagotonii mogła się przyczynić przewlekła alkalizacja ustroju. Niemiarowość ta ustąpiła po zażywaniu *Liq. ammonii anisati.* Jednocześnie jednak ustąpił, co zasługuje na szczególne podkreślenie, skurcz spastyczny jelita grubego, typowy objaw wagotoniczny. Wyraźne wzmożenie diurezy oraz późniejsze objawy demineralizacji w postaci próchnicy zębów o charakterze znacznego odwapnienia uzupełniają obraz kliniczny. Zjawiska te są wprost patognomiczne dla „zakwaszenia" [2]), już w pierwszej fazie którego ustąpiła nadpobudliwość nerwu błędnego zarówno ze strony serca (niemiarowość), jak i jelita grubego (skurcze spastyczne).

Na podstawie powyższej obserwacji Venulet pierwszy wypowiedział pogląd, że *amoniak zażyty doustnie, pomimo swych własności zasadowych, ustrój zakwasza.*

W badaniach naszych, przeprowadzonych narazie na zwierzętach, a następnie i na ludziach, chodziło nie tylko o eksperymentalne potwierdzenie nieznanego dotychczas zjawiska, lecz również o możliwe wytłumaczenie i zrozumienie jego istoty.

Doświadczenia na psach, opisane szczegółowo w pracy poprzedniej, obejmują cztery serie.

W pierwszej badano wpływ amoniaku, podanego doustnie, na alkalozę trawienną, wywołaną przez spożycie 200 cm^3 mleka. Przez dodatnie do mleka 1 cm^3 amoniaku 10%, fizjologiczna alkaloza trawienna została nie tylko zahamowana, lecz ustąpiła miejsca wyraźnemu przesunięciu r. k. z. w stronę kwaśną.

W drugiej serii doświadczeń stwierdzono, że po wypiciu przez psa 100 cm^3 wody z dodatkiem 1 cm^3 amoniaku 10%, zasób zasad krwi w porównaniu z jego stanem po wypiciu samej wody jest niższy, czyli że i w tych warunkach zaznacza się „zakwaszające" działanie amoniaku.

Na szczególną uwagę zasługują doświadczenia serii trzeciej. Wykazały one, że amoniak dodany do 100 cm^3 sody 2%, wypitej przez psa, nie powoduje takiego wzrostu zasobu zasad, jak sama soda; czyli łagodzi alkalizujące działanie sody. Podany zaś z 100 cm^3 2% mieszanki alkalicznej (*Na. bicarb., Na. citric., Na. sulfuric., Na. Phosphor. aa*) spowodował długotrwałe obniżenie zasobu zasad poniżej wartości wyjściowej.

W czwartej i ostatniej serii doświadczeń na psach wykazaliśmy wreszcie, że amoniak (0,25—1,0 cm^3), zastrzyknięty dożylnie w 10—20 cm^3 roztworu fizjologicznego soli, również obniża zasób zasad; spadek ten zaznacza się już po upływie 5 min. i utrzymuje się przez czas dłuższy.

Dochodzimy zatem do wniosku, że we wszystkich doświadczeniach na psach przejawiła się wyraźna i jednolita tendencja w kierunku spadku zasobu zasad zarówno po doustnym, jak i po dożylnym podaniu amoniaku.

Badanie zasobu zasad metodą Van Slyke'a, aczkolwiek posiada znaczenie podstawowe, samo przez się nie rozstrzyga jeszcze o istocie zachodzących zaburzeń r. k. z., zwłaszcza gdy chodzi o zjawisko tak paradoksalne, jak zakwaszanie za pomocą amoniaku. Wyłania się zatem konieczność uzupełnienia doświadczeń powyższych przez badanie prężności CO_2 w powietrzu pęcherzykowym, badania spirometryczne, lub oznaczanie pH. Wobec tego, że u psów badania te za wyjątkiem ostatniego nastręczają dużo trudności, przeprowadziliśmy je na ludziach.

Badania prężności CO_2 w powietrzu pęcherzykowym, według Friderici-Goreckiego, odbywały się w warunkach, zbliżonych do wyżej podanych. Przede wszystkim ustalano fizjologiczne dla danego osobnika wahania prężności CO_2, spowodowane spożyciem śniadania, składającego się z filiżanki słodzonej białej kawy zbożowej oraz pół bułeczki z masłem, przy czym prężność CO_2 oznaczano: przed śniadaniem oraz w 15, 30, 45 albo i 60 min. po jego spożyciu.

W tych samych odstępach czasu, lecz już innego dnia, oznaczano prężność CO_2 powietrza pęcherzykowego przed i po śniadaniu z dodatkiem do kilku łyżeczek kawy: 1) 12 kropli *Liq. Am. anis.* lub 5 kropel amoniaku, 2) 0,5 mieszanki alkalicznej i wreszcie 3) mieszanki razem z *Liq. Am. anis.* Wszystkie wymienione próby wykonano u pana W. (tabl. 1); u pana B. ograniczono się do prób z *Liq. Am. anis.*, lecz jednocześnie oznaczano również poziom zasobu zasad we krwi (tabl. 2).

Tabl. 1.

	Prężność CO_2 w pow. pęcherzyk.			
	śniadanie	śniad. + ½ gr. miesz. alk.	śniad.+12 gtt. Liq.	śniad. + miesz. alk. + Liq.
przed	35,7	39,8	44,8	43,9
15'	**39,2**	**42,0**	**36,5**	**42,4**
30'	**39,9**	**46,4**	**40,0**	**41,6**
45'				43,2
				śniad. + 5 gtt. amon.
przed	28.8	36,8	45.7 i 43,6	43.2
15'	**37,4**	38,3	**40,7**	**36,0**
30'	**38,9**	**40,4**	**42,9**	**38,2**
45'	30,2	**43,3**		**38,9**
60'	31.2			

Tabl. 2.

B	Zasób zasad we krwi		Prężność CO_2	
	śniadanie	śniad. + Liq.	śniadanie	śniad. + Liq.
przed	56,7	57,9	46,8	43,2
15'	**59,8**	**55,7**	**50,4**	42,5
30'	**59,8**	**54,8**	45,3	**42,1**
45'	—	—	46,8	—
60'	56,7	**54,8**	46,8	**41,7**
Mocz	Amoniak w 100 cm^3		N . NH_3 100/N całkow.	
	przed	po	przed	po
śniadanie	0,085	0,068	5,35	5,31
śniad. + *liq.*	0,0765	0,0578	5,12	4,5

Jak wykazały wszystkie nasze badania, alkalozie trawiennej po spożyciu śniadania, po 15—30 min. stale towarzyszy wzrost prężności CO_2 w powietrzu pęcherzykowym — klasyczny objaw wyrównawczy. Wystarczy jednak dodać do śniadania 12 kropel *Liq. Am. anis.* czyli 2 krople amoniaku 10%, żeby zamiast wzrostu zaznaczył się po 15—30, a nawet 60 min. wyraźny spadek prężności CO_2 (tabl. 3). Szczególnie silny spadek wystąpił po śniadaniu z domieszką 5 kropli amoniaku. Wzrost prężności CO_2 po śniadaniu z dodaniem 0,5 mieszanki alkalicznej nie był specjalnie znaczny; został on jednak nie tylko całkowicie zahamowany przez dodanie 12 kropel *Liq. Am. anis.* do śniadania z mieszanką alkaliczną, lecz prężność CO_2 uległa w tych warunkach nieznacznemu obniżeniu.

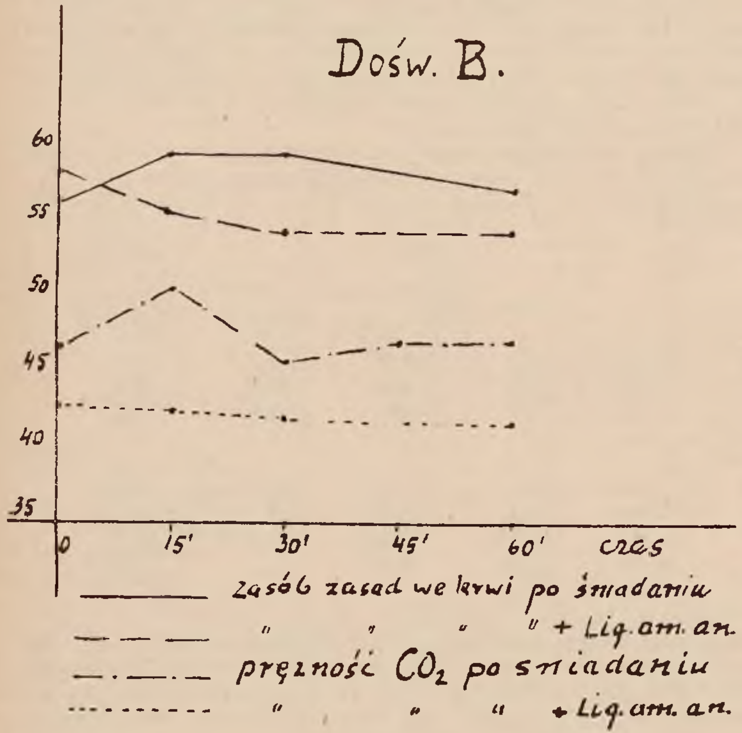
Jak widać zażycie podczas śniadania amoniaku *per se* lub w postaci *Liq. Am. anis.* powoduje u ludzi nie tylko obniżenie zasobu zasad, co zostało już przez nas stwierdzone na psach, lecz jednocześnie pociąga za sobą również obniżenie prężności CO_2 w powietrzu pęcherzykowym. Wręcz odwrotnie zachowują się obie te wielkości w warunkach fizjologicznych po samym śniadaniu.

[1]) Według odczytów, wygłoszonych przez F. Venuleta w Pol. Tow. Biol., w Pol. Tow. Med. Społ. i Warsz. Tow. Lek., oraz przez F. Goebla w Lwow. Tow. Lek. i w Krak. Tow. Lek.

[2]) Wyrazu „zakwaszenie" używamy w sensie przesunięcia równowagi kwasowo-zasadowej w stronę kwaśną.

Wynikałoby stąd, że nie tak, jak w zwykłej fizjologicznej alkalozie trawiennej, śniadaniu z dodatkiem amoniaku towarzyszy „zakwaszenie", które cechuje przede wszystkim obniżenie zasobu zasad, a już wtórnie, w następstwie wyzbywania się przez ustrój w celach wyrównawczych wartości kwaśnych, obniżenie się prężności CO_2 w powietrzu pęcherzykowym. Na tę kolejność: najpierw obniżenie zasobu zasad krwi, potem dopiero zmniejszenie prężności CO_2 w powietrzu pęcherzykowym, kładziemy szczególny nacisk, gdyż w razie odwrócenia tych zjawisk, czyli przyjęcia pierwotnie wzmożonej czynności oddechowej i następczego wyrównawczego obniżenia zasobu zasad, powstałe w tych warunkach zaburzenia r. k. z. trzeba byłoby uznać za kompensację wywołanej przez amoniak alkalozy oddechowej.

Tabl. 3.



Chociaż u psów rejestracja czynności oddechowej za pomocą kimografionu nawet po dożylnym wprowadzeniu 25 mg amoniaku nie wykazała odchyleń, zwłaszcza w okresie wcześniejszym, postanowiliśmy w celu bezwzględnego rozstrzygnięcia tej sprawy, jednocześnie z rejestracją oddechu u ludzi, przeprowadzić badania spirometryczne. Wobec nie posiadania odpowiedniej aparatury, badania te zostały wykonane na Oddziale Fizjologii w Centralnym Instytucie Wychowania Fizycznego, za co wyrażamy wdzięczność p. Doc. Dr. M i s s i u r o oraz p. N i e m i r k o w e j.

Posiłkowaliśmy się spirometrem (E l s t e r) z automatyczną rejestracją ilości wdychanego powietrza oraz krzywej oddechowej. Wobec braku u badanych doświadczenia w oddychaniu przez maskę, oznaczenie normy poprzedzał krótki trening. Badaniom spirometrycznym poddały się 4 osoby naczczo, jedna w $2^1/_2$ godz. po pierwszym śniadaniu. Po ustaleniu normy każdy badany wypijał 20 cm^3 wody z 12 kroplami *Liq. Am. anis.*, poczem natychmiast wkładano maskę oraz uruchomiano aparaturę na przeciąg 15 min. z przerwami. Już sam charakter otrzymanych krzywych oddechowych zarówno jak i pojemność oddechowa, ustalona na podstawie ścisłych obliczeń w $^1/_2$ min., $1^1/_2$, $2^1/_2$, $3^1/_2$, $4^1/_2$, 10 i 15 min. po zażyciu *Liq. Am. anis.*, u żadnego spośród badanych nie wykazały odchyleń od ustalonych każdorazowo norm.

Tabl. 4.

Liczby oznaczające ilość wdychanego powietrza na minutę u W.

czas	ilość powietrza
norma	6,03
po *Liq. Am. an.*	
30"	6,16
1'30"	6.20
2'30"	5,73
3'30"	6,03
4'30"	6,71
10'	5,71
15'	5,84

Dla przykładu przytaczamy liczby, oznaczające ilość wdychanego powietrza w ciągu 1 min. w ustalonych odstępach czasu, otrzymane u W. (tabl. 4). Odchylenia liczbowe, pomijając jedno nieco większe po $4^1/_2$ min., są wogóle minimalne; przeciętna dla okresu po zażyciu *Liq. Am. anis.* wynosi 6.054 litra na minutę, czyli przewyższa ustaloną normę tylko o 0,024 litra, norma zresztą nie jest przecież wielkością bezwzględną; powstała stąd nadwyżka za cały czas trwania badania wyniosłaby 0,4 litra powietrza. W tych warunkach możliwość powstania pod wpływem amoniaku alkalozy hiperwentylacyjnej z następczą kompensacją r. k. z. drogą obniżenia zasobu zasad upada.

Na podstawie całokształtu naszych badań nie ulega już żadnej wątpliwości, że amoniak nawet w ilości kilku miligramów, zażyty lub wprowadzony dożylnie, powoduje przesunięcie r. k. z. w stronę kwaśną, wyrazem czego jest obniżenie zarówno zasobu zasad krwi, jak i prężności CO_2 w powietrzu pęcherzykowym. Fakt zakwaszającego działania na ustrój amoniaku w postaci *Liq. Am. anis.*, stwierdzony klinicznie przez V e n u l e t a, znalazł obecnie całkowite potwierdzenie eksperymentalne.

Jak to było do przewidzenia, „zakwaszenie" pod wpływem amoniaku jest wyrównane: oznaczenia pH we krwi całkowitej metodą elektrometryczną przy użyciu elektrody wodorowej M a r c z e w s k i e g o, dokonane narazie na jednym psie w 5 i 15 min. po dożylnym wprowadzeniu 25 mg amoniaku, nie wykazały żadnych odchyleń od wielkości wyjściowej pH 7.36.

Jest rzeczą zrozumiałą, że zakwaszające działanie amoniaku, jako zjawisko „niezmiernie interesujące i nowe" (P a r n a s), wymaga głębszej analizy i wytłumaczenia jego mechanizmu. Toteż sprawie tej poświęcona jest seria prac, wykonanych w naszym Zakładzie. Odmienne zachowanie się po amoniaku zasobu zasad u psów beznerkowych (G o e b e l i T i s l o w i t z) z jednej strony, prawdopodobne ograniczenie wytwarzania amoniaku w nerkach po dożylnym wprowadzeniu amoniaku (B a r t o s i e w i c z) z drugiej, rzucają pewne światło na zjawisko zakwaszenia ustroju małymi dawkami amoniaku (tab. 2).

S t r e s z c z e n i e.

Zakwaszające działanie amoniaku na ustrój wykazane klinicznie (V e n u l e t), następnie w doświadczeniach na psach, potwierdzają dalsze badania na ludziach, przyczem u ludzi pod wpływem amoniaku, zażytego w postaci *Liq. Am. anis.* lub *per se*, stwierdzono poza obniżeniem zasobu zasad krwi również obniżenie napięcia CO_2 w powietrzu pęcherzykowym. Ostatnie zjawisko, jak wynika z pomiarów spirometrycznych, ma charakter wyrównawczy.

Piśmiennictwo:

1) V e n u l e t F.: Warsz. Czas. Lek. Nr. 1. Str. 1. 1934. — 2) V e n u l e t F., G o e b e l F. i T i s l o w i t z R.: C. rend. Soc. Biol. T. 120. Str. 1139. 1935. — 3) C i s a m i: Warsz. Czas. Lek. Nr. 1. Str. 1. 1936.

Doc. Dr. Stanisław MĄCZEWSKI. Lwów.
Dyr. Państw. Szkoły Położnych we Lwowie.

Położna w organizacji opieki położniczej.

Czynniki administracji ogólnej w ostatnich kilkunastu latach były pochłonięte pracą organizacyjną, dotychczas najróżnorodniejszych dziedzin życia państwowego i społecznego. Obecnie pewien rozdział pracy organizacyjnej został już ukończony i ustabilizowany. Pozostały natomiast inne dziedziny życia społecznego, które zdecydowanie domagają się poruszenia. Myślę o organizacji opieki położniczej w kraju; sprawę tę samo życie wysuwa na porządek dzienny, już przyszła na nią kolej w całokształcie zagadnień administracyjnych i społecznych.

Zagadnienie to jest doniosłe, gdy idzie o zdrowie publiczne. My lekarze zdajemy sobie sprawę, że organizacja opieki nad ciężarną, rodzącą, położnicą i oseskiem pozostawia w naszym państwie dużo do życzenia. To co się tu i ówdzie robi jest godne najwyższej pochwały, choćby jako piękna inicjatywa, która znaleźć winna naśladownictwo, jednak zakres tej pracy i jej treść nie jest jeszcze skonsolidowana. Brak nam częstokroć ludzi, którzyby umieli w najdrobniejszej komórce organizacyjnej, zakreślonej dla tej pracy, wykonać nasze zamierzenia. Teren dla tej pracy jest bardzo różnorodny i mało przygotowany. Najpiękniejsze nasze pomysły i idee w zetknięciu się z rzeczywistością nie wytrzymują próby życia; w drobnej komórce organizacyjnej rozbija się wszystko o niesłychaną ciemnotę ludności danego terenu, jej apatię.

Położna w organizacji tej pracy i w jej wykonaniu ma wyraźnie przeznaczoną rolę i zadanie. Ona bowiem na swoim terenie ma wykonać polecenia swoich przełożonych, ona ma organizować swoją pracę w tym kierunku, aby zabezpieczyć ciężarnej i rodzącej maksimum bezpieczeństwa tymi środkami, jakie ma do dyspozycji. Położna winna wykazać maksimum inicjatywy twórczej w tym kierunku. By to wykonać — winna położna być odpowiednio przygotowana zawodowo i musi mieć zrozumienie dla pracy społecznej.

Pozwolę sobie w krótkości przedstawić, jak wygląda przeciętna położna na naszym terenie. Nie mam zamiaru tego generalizować, gdyż materjał mój jest stosunkowo mały.

W szkole położnych we Lwowie od 5 lat rok rocznie urządzamy przeszkolenia dla położnych w miesiącu sierpniu. Przeszkoliliśmy w tym czasie ponad 300 położnych — co stanowi około 1/7 położnych, praktykujących na terenie Małopolski Wschodniej.

Chcąc zapoznać się, z jakim materjałem mamy do czynienia, poddawaliśmy uczestniczki egzaminowi. Chodziło nam o materjał statystyczny, dotyczący pewnych podstawowych i zasadniczych czynności położnych, a mianowicie: mierzenie ciepłoty ciała, mycie rąk według przepisu, gotowanie szczotki według przepisu, wiadomości najogólniejsze z położnictwa, umiejętności czytania i t. p.

Wyniki były bardzo złe. Poziom wiadomości teoretycznych z położnictwa niezwykle niski. Do wyjątków należały te położne, które umiały opisać przebieg prawidłowego porodu.

W świetle naszej statystyki, której tu nie przytaczam, działalność wielu położnych na naszym terenie przedstawia się bardzo ujemnie. Opieka położnicza pozostaje niemal całkowicie w rękach położnych. Zaledwie 15% kobiet rodzących odbywa poród pod opieką lekarza, lub też w zakładzie położniczym, reszta korzysta z usług położnej. Jak wygląda owa pomoc w świetle naszej statystyki nie trudno sobie wyobrazić. Lekarze praktycy zresztą wiedzą o tem lepiej ode mnie, obserwują pracę położnych na swoich terenach. To, co słyszymy lub czytamy o działalności niektórych położnych, niestety nie jest anegdotką, ani bajką z tysiąca i jednej nocy, lecz prawdziwą rzeczywistością. Obecnie taka położna już społeczeństwu nie wystarcza. Do tego dodać należy upadek zasad moralnych i zanik etyki zawodowej, wynikający, moim zdaniem, bardziej z nieuctwa i niekompetencji, niż ze złej woli.

W społeczeństwie naszem w ostatnich kilkunastu latach dokonały się doniosłe przemiany, którym nie ostała się żadna dziedzina życia. Etapami tych przemian były: udział szerokich mas narodu w życiu społecznym, praca w najrozmaitszych organizacjach społecznych, wzmożone tempo obecnego życia, ciężka walka o byt i cały szereg innych momentów.

Ewolucja ta dowodzi naszej żywotności i jest wykładnikiem postępu we wszystkich dziedzinach naszego życia. Jest ona również i wykładnikiem naszych zdolności organizacyjnych. My lekarze z radością stwierdzamy fakt, że postęp ten dotyczy również i naszej dziedziny. Dziś już naprzykład w pewnych warstwach społecznych dojrzewa zrozumienie tej prawdy, że poród winien odbywać się w zakładach położniczych, a nie w domu. Skutkiem tego w dużych miastach, mających odpowiednie i na dobrym poziomie stojące zakłady położnicze, wygasa zupełnie niemal położnictwo domowe, a w zakładach daje się odczuć nienotowane dotychczas przepełnienie. Lekarze położnicy są bezrobotni, położne — również. Pewne sfery społeczne zrozumiały, że w zakładach położniczych znajdują maksimum bezpieczeństwa. Z punktu widzenia postępu w położnictwie z objawów tych należy się cieszyć.

Społeczeństwo obecne troszczyć się już zaczyna o to, komu powierzyć los kobiety ciężarnej, rodzącej, komu powierzyć opiekę nad noworodkiem w pierwszych i najważniejszych dniach życia. „Dulszczyzna" w tej sprawie, będąca do niedawna charakterystyczną cechą pewnych sfer społecznych, należy już do przeszłości. Dzisiaj obywatel ziemski nie poprosi do porodu babki, lub najprymitywniejszej położnej, mimo, że materjalnie stoi gorzej; dzisiaj właściciel kamienicy w dużym mieście nie będzie cieszył się, że jego dozorczyni rozumie się na sztuce babienia, zatem poród będzie kosztował taniej. Położna wczorajsza nie może odpowiedzieć stawianym jej przez życie wymaganiom. Są co prawda pośród położnych jednostki o wybitnych kwalifikacjach fachowych i moralnych, jednak giną one w masie położnych.

Teren nasz Małopolska Wschodnia jest wyjątkowo trudny i wyjątkowo zaniedbany. Tłem tego terenu, gdy mówimy o organizacji opieki społecznej, jest nieprawdopodobna wprost ciemnota, zaniedbanie i nędza. Złożyło się na to dużo dawnych przyczyn natury politycznej i ekonomicznej. Na terenie tak zaniedbanym, jak nasz, praca jest wyjątkowo trudna; obliczona winna być na szereg lat, wymaga wielkiej energji i wytrwałości, wielkiego hartu i poświęcenia jednostek. Chcąc dać ludności położną taką, jak my sobie ją wyobrażamy — trzeba dla tej położnej wytworzyć w terenie odpowiednie warunki moralne i warunki bytu. Trzeba niekiedy wziąć ją w opiekę, by umożliwić jej pracę. Obecne wynagrodzenie dla położnej okręgowej stoi na granicy nędzy. Trudno wymagać, by położna w tych warunkach myślała o ideałach, skoro jej troską i to najważniejszą jest troska o kawałek chleba.

Ustawodawstwo nasze, reformując w roku 1928 Szkoły Położnych w Polsce, chciało dać społeczeństwu położną pielęgniarkę. Położna ta ma krzewić zasady higieny ciąży, porodu i połogu w najszerszych warstwach ludności. Winna ona również umieć zająć się noworodkiem według najnowszych zasad postępowania.

Od położnej, pracującej na naszym terenie, wymagać musimy jeszcze więcej. Winna ona być przygotowana do pracy społecznej. Po skończeniu szkoły i osiedleniu w danej miejscowości ma być członkiem elity wiejskiej. Należy ją do tej pracy przygotować i wskazać jej cele, do których ma dążyć. Należy w niej wyrobić potrzebę pracy społecznej, gdyż wykonywując swój zawód, chodząc od chaty do chaty, stykać się będzie z ludźmi i wywierać na nich odpowiedni wpływ. Wierzę, że wychowanie takiego typu położnej na naszym terenie jest możliwe. Praca nasza obecnie idzie konsekwentnie w tym kierunku, jednak na wyniki tej pracy trzeba jeszcze poczekać.

W związku z tem zwracam się z apelem do Kol. lekarzy powiatowych z prośbą o pomoc. Szkoła, że się tak wyrażę, jest dostawcą położnych; może dać społeczeństwu tylko wtedy dobrą położną, jeżeli dostanie odpowiedni materjał. Dotychczas wielu lekarzy powiatowych traktowało tę sprawę raczej formalnie. Kierowało się bowiem podania kandydatek z wnioskiem o przyjęcie do szkoły, nie znając przeważnie polecanych kandydatek. Wiele z nich nie posiadało żadnego cenzusu, inne znowu nie nadawały się z różnych przyczyn. Do szkoły rok rocznie wpływa około 200 podań, przyjąć możemy zaledwie 50 kandydatek; tych kandydatek nie znamy, mamy tylko ich dokumenty. Czem się kierować, jak decydować? Są to sprawy bardzo poważne. Być może wiele bardzo wartościowych kandydatek nie dostanie się do szkoły, a natomiast dostają się miernoty.

Prośba nasza idzie zatem w tym kierunku, aby lekarze powiatowi jaknajstaranniej dobierali odpowiednie kandydatki. Tam na miejscu należy poddać je odpowiedniemu egzaminowi i dopiero po zapoznaniu się z kandydatką kierować ją do szkoły. Pragnęlibyśmy, aby kandydatki polecane przez lekarzy powiatowych były jak najbardziej uzdolnione, jak najbardziej odpowiednie do roli, jaką położnej przeznaczamy. Cenzus naukowy narazie nie odgrywa w tym wypadku decydującej roli, gdyż okazało się, że uczenice z mniejszym cenzusem, posiadające wrodzoną inteligencję, były jednymi z najzdolniejszych i okazały się potem w pracy w terenie niezwykle pożyteczne. Nie stawiałbym jako zasady, że do szkoły winna być przyjęta przedewszystkiem kandydatka wiejska. Takie postawienie kwestji mija się niekiedy z celem i zadaniami, jakie nakreślamy położnym. Wychowanie, tryb życia i przyzwyczajenia, jakie niekiedy wynoszą z domu rodzicielskiego kandydatki wiejskie, nie dają dostatecznej gwarancji, by osoby te odznaczały się później inicjatywą, wyrobieniem i rzutkością, czego należałoby wymagać od położnej gminy zbiorowej, która powinna znaleźć się przy jednym stole z wójtem, nauczycielem, księdzem i t. p.

Obecnie do szkoły garną się kandydatki o wyjątkowych kwalifikacjach. Mam wśród uczenic żonę prof. Uniwersytetu, która chce potem pracować na tem polu ideowo. O przyjęcie do szkoły ubiegają się obywatelki ziemskie, aby potem pracować wśród ludu. To nie są wypadki odosobnione, to nie są wyskoki pewnej kategorii pań. Poza tym proszą o przyjęcie zredukowane nauczycielki, urzędniczki. Zaczynają się dopytywać o warunki pracy i studjów w szkołach położnych maturzystki, które obecnie nie wiedzą, co robić ze sobą po ukończeniu gimnazjum. Odstrasza je od wstąpienia do szkoły opinia, jaką cieszą się w społeczeństwie położne. Pragną one, aby pozwolono im nosić mundur, który odróżniłby je od położnych dawnego typu lub od położnych, mających niższy cenzus.

Sprawa doboru odpowiednich kandydatek do szkoły jest jedną z najważniejszych i najpilniejszych kwestyj, będącej tematem rozważań szkoły lwowskiej.

Ci, którzy z tytułu swego zawodu lub też z urzędu mają do czynienia z położnemi, najlepiej zorjentowani są w roli, jaką ta położna odgrywa obecnie w terenie. Rola ta zazwyczaj jest bardzo skromna. Wydaje się bowiem ogółowi położnych, że czynność ich ogranicza się wyłącznie do udzielania pomocy przy porodzie, a więc: ochrona krocza, zaopatrzenie pępowiny po porodzie, kąpiel noworodka oraz inne drobne czynności, pozosta-

jące w związku z samym porodem i wczesnym połogiem. Opieka nad ciężarną, opieka nad noworodkiem, rozpoznawanie nieprawidłowości w czasie ciąży, opieka w połogu — to sprawy, dla których ogół położnych nie ma należytego zrozumienia.

Jedno z głównych zadań położnej, jakim jest rozpoznawanie nieprawidłowości w czasie porodu, wymaga wiedzy, doświadczenia, wymaga ciągłego kształcenia się położnej w swoim zawodzie. Zapytuję, w jaki sposób położna może rozpoznawać nieprawidłowości w czasie porodu, nie wyłączając nieprawidłowości zasadniczych, skoro ogół położnych nie zdaje sobie sprawy z przebiegu porodu prawidłowego. Zatraca zatem położna to kryterium, zatraca, że tak się wyrażę, miarę, którą ma mierzyć przebieg porodu.

Śmiertelność i chorobliwość kobiet po porodach, odbywających się w domu jest olbrzymia. Kobiety te byłyby uratowane, gdyby we właściwym czasie zostały skierowane do szpitala lub też, gdyby we właściwym czasie został wezwany lekarz. Śmiertelność dzieci w pierwszych miesiącach po porodzie dochodzi u nas do 20%. Jeżeli uwzględnimy w dodatku stały spadek urodzin w tych warstwach społecznych, które do niedawna odznaczały się dużą płodnością — to nad tym zjawiskiem nie można przejść do porządku dziennego. Natomiast w zakładach położniczych, stojących na pewnym poziomie, gorączka połogowa po porodzie, odbytym w zakładzie, należy do zjawisk wprost niezwykłych.

Na naszym terenie rola położnej jest wyjątkowo trudna. Położna bowiem w swej pracy zawodowej napotyka na nieprzezwyciężone trudności. W pewnem środowisku nie znajduje zupełnie zrozumienia; wszystkie jej zamierzenia rozbijają się o upór, ciemnotę i zacofanie. W tym środowisku jest właśnie najwięcej do zrobienia. Odpowiednie czynniki winny położnej w tej pracy dopomóc, pracę tę ułatwić, wreszcie do tej pracy zmusić. Lekarz powiatowy, mimo najlepszych chęci, nie jest w stanie zająć się tą sprawą w całej rozciągłości i poświęcić jej tyle czasu i energji, ile by należało. Trzeba by, moim zdaniem, stworzyć powiatowe położne-instruktorki, podległe lekarzowi powiatowemu.

Położna-instruktorka nie powinna absolutnie wykonywać praktyki położniczej. Jej obowiązkiem byłoby mieć w ewidencji wszystkie położne, pracujące na terenie powiatu i kontrolować, w jaki sposób wykonują one praktykę położniczą. Położna-instruktorka winna stale jeździć. Tam, na miejscu ma zapoznać się z warunkami pracy położnej, zorganizować wraz z położną opiekę nad ciężarną i noworodkiem i nad położnicą, nawiązać kontakt z organizacjami kobiecymi, jak np. Koło Gospodyń Wiejskich i t. p., aby przy pomocy tych organizacyj ułatwić pracę położnej. Położna-instruktorka, działając z ramienia lekarza powiatowego, mogła by przyczynić się do zorganizowania opieki położniczej na terenie gminy zbiorowej. Gmina zbiorowa u nas może odegrać w tej sprawie dużą rolę, albowiem na czele tej gminy znajdują się jednostki wybitniejsze, inteligentniejsze, które chciałyby napewno wykazać się pewną dodatnią działalnością w różnych kierunkach. Instruktorki, które naturalnie winny odznaczać się specjalnymi kwalifikacjami fachowymi i moralnymi, znajdą się z czasem.

Zakres i treść pracy instruktorek może być bardzo rozległa, zależeć to będzie od inicjatywy i uzdolnienia jednostek. Zdolna instruktorka dodana do pomocy lekarzowi powiatowemu oddałaby organizacji opieki położniczej nieocenione usługi. Położna-instruktorka przyczyniłaby się również do rejestracji położnych, wykonywujących praktykę, bowiem setki położnych praktykujących są zupełnie nierejestrowane. Przyczyniłaby się do wyplenienia partactwa położniczego, ukróciłaby bezkarność niektórych położnych, zmusiłaby je do należytego wykonywania obowiązków. Ponadto zorganizowałaby położna związki zawodowe, pobudzićby mogła istniejące związki do wydajniejszej pracy. Byłaby doskonałym łącznikiem pomiędzy rzeszą położnych a lekarzem powiatowym. Ogół położnych mógłby przez to dużo zyskać materjalnie i moralnie. Położna-instruktorka oddaćby mogła wielkie usługi położnym w walce z babkami. Znając teren przyczyniłaby się do równomiernego rozmieszczenia położnych, co ułatwiłoby w wysokim stopniu lekarzowi powiatowemu organizację opieki położniczej w powiecie.

Będąc w ciągłym kontakcie z położnemi poznałaby ich warunki pracy oraz ich potrzeby. Do jej obowiązków należałaby również troska o podniesienie wiadomości fachowych położnych przez zmuszanie ich do czytania czasopism położniczych wydawanych dla położnych. Bowiem poziom wiadomości teoretycznych wielu położnych po kilku latach pracy wybitnie się obniża.

Na naszym terenie odpowiednio przez szkołę przygotowana instruktorka odegrałaby w organizacji opieki położniczej na prowincji olbrzymią rolę. Radziłbym, aby tytułem próby, niektóre Wydziały Powiatowe, mające odpowiednie środki materjalne na ten cel, wprowadziły u siebie instruktorki. Szkoła postara się o dostarczenie odpowiednich kandydatek, mamy bowiem położne o dużym wyrobieniu społecznym, któreby się do tej pracy nadawały.

Druga bardzo doniosła sprawa w organizacji opieki położniczej — to zorganizowanie na terenie gmin wiejskich *przymusu zgłaszania się ciężarnych do badania położniczego*. Badanie ciężarnych przez położne mogłoby się odbywać za minimalną opłatą, a w pewnych wypadkach nawet darmo. Położna prowadziłaby wtedy ewidencję wszystkich ciężarnych danej miejscowości i kierowałaby przypadki nieprawidłowe do szpitala w czasie najkorzystniejszym.

Sprawę tę powinny poruszyć organizacje kobiece i stanowczo wymagać, aby Samorządy przystąpiły do jej zorganizowania. Będzie to istotny postęp w organizacji położnictwa. Zapełnią się rodzącymi nasze szpitale prowincjonalne, doskonale wyposażone we wszystkie środki lekarskie. Zwiększy się ilość porodów w tych szpitalach, gdyż dotychczas ilość porodów w niektórych szpitalach jest znikomo mała. Utrwali się w szerokich masach przeświadczenie, iż poród szczególnie nieprawidłowy, winien się odbywać w szpitalu; znajdą pracę i przyniosą korzyść społeczeństwu lekarze specjaliści położnicy, długoletni pracownicy klinik i szpitali położniczo-ginekologicznych, znajdzie pracę w terenie położna a praca jej będzie należycie oceniona i honorowana.

Byłyby to pierwsze kroki w organizacji opieki położniczej na prowincji. Rola położnej jest tu bardzo doniosła. Podobna akcja zakrojona z biegiem czasu na szerszą skalę pociągnęłaby w konsekwencji tworzenie stacji opieki nad ciężarną na terenie gmin zbiorowych lub większych osiedli.

W Jaryczowie pod Lwowem zorganizowaliśmy tytułem próby taką przychodnię, aby przekonać się jak ludność na to zareaguje, i jak wywiąże się z tego zadania położna. We dworze otrzymała położna mieszkanie i urządziła tam stację. Urzędowanie jej polegało na tem, iż chodziła od chaty do chaty i orjentowała się, gdzie są ciężarne, położnice i oseski. Informowała się o ich stanie zdrowia, udzielała rad i wskazówek; po pewnym czasie zjednała sobie całą ludność, która obecnie chętnie korzysta z jej rad i zgłasza się o poradę do stacji. Położna otrzymuje we dworze bezpłatnie całkowite utrzymanie — porad udziela darmo. Z czasem wyrobi sobie praktykę położniczą i będzie należycie honorowana za swoją pracę.

Szerokie rzesze ludności należy wychowywać. Jeżeli chłop znajdzie realne korzyści w takiej poradni lub stacji — będzie ją popierał i stanie się ona w jego pojęciu niezbędną. Z biegiem czasu w takiej stacji znajdą się łóżka porodowe, gdzie będą mogły odbywać się porody, wymagające interwencji lekarza. Akcja ta nie wymaga pieniędzy — wymaga ludzi z inicjatywą, ludzi konsekwentnych, nie zrażających się chwilowymi niepowodzeniami.

W ogólnych zarysach chciałbym przedstawić, jak wygląda obecnie nauczanie w Państwowych Szkołach Położnych, gdyż ogół lekarzy, nawet specjalistów, nie zdaje sobie z tego należytej sprawy.

System nauczania w szkołach położnych do roku 1928 pozostawiał rzeczywiście dużo do życzenia. W czasie 9-miesięcznego kursu, jaki wtedy obowiązywał, należało 80% kandydatek wiejskich, gdyż tylko takie przeważnie przyjmowano do szkoły w Małopolsce, nauczyć czytać, następnie słuchać i rozumieć, co się do nich mówiło. Szkoła podczas 9-miesięcznego kursu dawała im wszystko, co w ciągu tak krótkiego czasu było możliwe. Praca, jaką wkładali kierownicy szkół i wykładowcy, by z tego materjału cośkolwiek zrobić, była olbrzymia i pełna poświęcenia. Była to naprawdę praca Syzyfowa. Traktowaliśmy ją jako pracę społeczną i obywatelską. Ogół uczenic zdobywał w tym okresie nauki dużo teoretycznych wiadomości, które jednak szybko ulatniały się z pamięci. Nauczanie praktyczne szwankowało, bo musiało, gdyż nie mieliśmy ani czasu, ani dostatecznego materjału położniczego, by sto kilkanaście uczenic wyszkolić należycie praktycznie w ciągu 9 miesięcy.

W roku 1928 nastąpiła reforma nauczania w szkołach położnych. Nowe ustawodawstwo chce dać społeczeństwu położną doskonale wyszkoloną teoretycznie i praktycznie, położną-pielęgniarkę, położną-higienistkę, wreszcie położną, która umie zająć się noworodkiem. Rozporządzenie powyższe określa ponadto cenzus naukowy kandydatek oraz wiek. Obecnie do Szkół Położnych winno się przyjmować kandydatki, które ukończyły 7 klas szkoły powszechnej i nie przekroczyły 35 roku życia. Dawniej we Lwowie przyjmowaliśmy na 9-miesięczny kurs przeciętnie 120 kandydatek, obecnie na dwuletni kurs przyjmujemy najwyżej 50. Są to przeważnie kandydatki wiejskie, polecane przez Wydziały Rad Powiatowych. Taką ilość uczenic można w ciągu 2 lat wykształcić na pierwszorzędne położne. Można ugruntować w nich w ciągu tego czasu najistotniejsze wiadomości. Wiedzą one i to

bardzo gruntownie, co to jest aseptyka, rozumieją doskonale, że położna winna asystować tylko przy porodzie prawidłowym, wiedzą, że pierwszym i najważniejszym obowiązkiem położnej, wezwanej do przypadku — jest przeprowadzenie badania położniczego według pewnego planu, zdanie sobie sprawy z wyniku tego badania, rozpoznanie na tej podstawie nieprawidłowości i wezwanie lekarza. Na podstawie własnego długoletniego doświadczenia pedagogicznego przekonałem się, iż nauczenie uczenic najprostszych i najprymitywniejszych rzeczy było zawsze sprawą najtrudniejszą. Obecnie można to łatwiej osiągnąć, gdyż nauczanie odbywa się w innych warunkach i w innym tempie. W zakres nauczania teoretycznego dla pierwszego roku wchodzą wiadomości z bakteriologii, higieny ogólnej i społecznej, nauka o chorobach zakaźnych, pomoc w nagłych wypadkach, nauka pielęgniarstwa, nauka o osesku — wreszcie anatomia i fizjologia. Zakres zajęć praktycznych dla pierwszego roku ogranicza się do pracy na salach położnic i oseskόw. Uczenice przede wszystkim szkolą się w pielęgnowaniu i karmieniu noworodków, ponadto zapoznają się dokładnie z przebiegiem połogu, mierzą tętno, ciepłotę, pełnią ponadto inne czynności pielęgniarek. Praca ta odbywa się pod kierunkiem lekarza pediatry, asystentów szkoły oraz pielęgniarek zawodowych. Nauczanie teoretyczne położnictwa w drugim roku nauki polega na ciągłych pogadankach i korepetycjach. Z uczenicami omawia się i analizuje wszystkie przypadki porodów, przy których były obecne. Staramy się w czasie wykładów i ćwiczeń stworzyć dla uczenic taką sytuację, która wymaga samodzielnej decyzji, opartej na gruntownym badaniu położniczym rodzącej. W zakres nauczania praktycznego wchodzi praca na sali porodowej. Każda uczenica obowiązana jest w myśl ustawy odebrać samodzielnie przynajmniej 15 porodów. Tak też bywa. Pozatem pracują uczenice grupami na salach ginekologicznych, pełniąc służbę pielęgniarek. Specjalne grupy pracują na oddziale septycznym, gdzie zapoznają się z rakiem, kiłą, rzeżączką; omawia się z niemi przypadki zakażeń połogowych, poronienia zbrodniczego i t. p.

W ten sposób w najogólniejszych zarysach odbywa się obecnie praca w szkołach położnych. Dwuletni pobyt uczenicy w szkole daje nam możność poznania jej charakteru i uzdolnień. Możemy zatem zwrócić większą uwagę na uczenice mniej zdolne i zająć się niemi, aby je podnieść do ogólnego poziomu.

Pozostawałby do omówienia jeszcze drugi rozdział pracy uczenic szkoły nie mniej ważny, niż pierwszy, a mianowicie: przygotowanie uczenic do pracy obywatelskiej i społecznej. Szkoła lwowska zwraca na tę stronę szczególniejszą uwagę. Przy pomocy Towarzystwa Szkoły Ludowej od kilku lat niezmordowanie pracujemy w tym kierunku. Praca ta wydaje niespodziewane rezultaty, zakres jej rozszerza się z roku na rok i już dziś mamy owoce tej pracy. Praca ta przedstawia się następująco: Koło Grunwaldzkie T. S. L. we Lwowie zorganizowało w godzinach popołudniowych specjalne dokształcające kursy dla uczenic. Uczą się one tam historii Polski, geografii, nauki o Polsce, języka polskiego. Uczenice nie mające przewidzianego cenzusu uzyskują po dwóch latach pobytu w szkole świadectwa z 7 klas szkoły powszechnej; niektóre uczenice kształcą się w zakresie 6 lub 8 klas gimnazjalnych i uzyskują odpowiednie świadectwa. Ponadto co pewien czas urządza Towarzystwo wieczornice dla uczenic, gdzie wyrabiają się one towarzysko. Wszelkie uroczystości doroczne, jako to: opłatek, święcone, święta narodowe i państwowe, uzyskanie świadectw na kursach dokształcających i t. p. są okazją do urządzenia wieczornic. To wpływa na podtrzymanie tradycji i podnosi poziom inteligencji uczestniczek. Wyniki tej pracy są nieocenione i już dzisiaj widoczne. Kierownicy T. S. L. interesują się poza tym życiem prywatnym uczenic, zyskują sobie ich zaufanie. Niejedna z uczenic stoczyłaby się na dno upadku, gdyby nie opieka i zainteresowanie się jej życiem we Lwowie, podczas pobytu w szkole przez kierownictwo T. S. L. Kierownicy T. S. L. traktują swoją pracę jako obowiązek obywatelski. Celem ich pracy jest przysporzenie społeczeństwu pełnowartościowych pracowników zawodowych. Tem chętniej obecnie pracują w tym kierunku, gdy widzą, że materjał, garnący się do szkoły, jest coraz lepszy.

Bardzo ważnym czynnikiem wychowawczym w szkołach położnych jest internat. We Lwowie od 2 lat istnieje internat. Powstał się on dzięki dobrej woli grona osób. Oparty jest on o T. S. L. i Koło Pań tego Towarzystwa. Mieści się on w Bursie im. Boberskiej. Na terenie internatu prowadzi się pracę społeczną i wychowawczą.

Dla ogółu położnych wydajemy gazetę „Położna", redagowaną obecnie we Lwowie. Zainteresowanie tym pismem jest duże, ilość prenumeratorek wzrasta z roku na rok. Wpływ gazety „Położna" na ogół położnych jest bardzo korzystny. Gazeta ta niestety nie dociera tam, gdzie byłaby potrzebna najbardziej.

Popieramy zakładanie stowarzyszeń położnych, służymy im radą i pomocą. Do tych organizacyj należą przeważnie położne, stojące fachowo i moralnie na wysokim poziomie.

Należałoby wreszcie zaapelować do ogółu lekarzy, aby zwracali szczególniejszą uwagę na uchybienia, jakich dopuszczają się położne. W tym kierunku czuje się brak silnej ręki i silnej woli, gdyż nad partactwem położnej lekarze zbyt często przechodzą do porządku dziennego. Niekaralność partactwa zniechęci tylko położne uczciwe, a słabsze charaktery deprawuje. Z drugiej strony odpowiednie władze powinny wziąć w obronę położną i ułatwić jej walkę z babkami. Plaga babkowania podrywa autorytet położnej, a samowola babek zniechęca położne do pracy.

Sprawa, której należałoby poświęcić więcej miejsca, sprawa przekraczająca ramy mego referatu — to kwestja kwalifikacji położniczych lekarza, osiedlającego się na głuchej prowincji. Kwalifikacje te są niedostateczne. W tym kierunku winna nastąpić reforma. Lekarz po odbyciu obowiązkowej rocznej praktyki w szpitalu, powinien moim zdaniem pracować conajmniej rok na odpowiednim oddziale szpitalnym lub klinicznym. Młodsi lekarze, odbywający roczną praktykę, pracują na moim oddziale 3 mies. Po trzech miesiącach, gdy lekarz ten pojedzie na prowincję — do położnictwa nie jest przygotowany.

Druga sprawa, którą należałoby również poruszyć, mówiąc o organizacji opieki położniczej, dotyczy należytego wykorzystania lekarzy specjalistów położników, będących długoletnimi asystentami szpitali lub klinik poł.-gin. Ci ludzie, po szeregu lat ciężkiej pracy znajdują się w końcu bez warsztatu pracy, gdy asystentura się skończy. Na praktykę prywatną w dużem mieście liczyć nie mogą. Ubiegają się zatem o posady w Ubezpieczalni; dla niektórych otrzymanie stanowiska lekarza domowego w Ubezpieczalni jest szczytem marzeń. Ludzie ci o dużych kwalifikacjach fachowych i moralnych, do wykształcenia których przyczyniło się Państwo, płacąc im pobory asystenckie — marnują się, nie są oni przez Państwo należycie wykorzystani. Należałoby dla nich stworzyć warsztaty pracy położniczej przy szpitalach powszechnych, dać im dobre warunki i wymagać od nich pracy twórczej i organizacyjnej w zakresie położnictwa. Dyrektorzy naszych szpitali Państwowych to głównie specjaliści chirurdzy; położnictwem zajmują się z konieczności, lub też oddają troskę o położnictwo w inne nie zawsze fachowe ręce. Doskonała położna, lekarz na głuchej prowincji obznajomiony z położnictwem, doskonały położnik specjalista w większem mieście, mający swój oddział przy szpitalu — to główne zręby racjonalnej opieki położniczej na najbliższą metę.

Z pracy powyższej wysunąłbym następujące wnioski:

Zorganizowanie na terenie Samorządów położnych-instruktorek powiatowych, jako czynnika kontrolującego czynności położnych i organizującego opiekę położniczą na wsi.

Wprowadzenie przez Samorządy przymusu badania kobiet ciężarnych.

W każdej gminie zbiorowej winna być przynajmniej jedna położna o najwyższych kwalifikacjach, odpowiednio materjalnie wynagrodzona.

Odpowiednie czynniki winny dbać o to, aby:
1) byt materjalny ogółu położnych uległ poprawie,
2) partactwo położnicze położnych, brak dobrej woli było karane z całą bezwzględnością,
3) babkowanie — tępione środkami jaknajostrzejszymi.

Dr. Zygmunt ALBERT. St. Asystent. Lwów.

Wielki bąblowiec tasiemca samotnego w wątrobie.

Z Zakładu Anatomii Patologicznej U. J. K. we Lwowie.
Kierownik: Prof. Dr. Witold Nowicki.

Usadowienie się bąblowców tasiemca samotnego (*taenia solium*) w wątrobie nie należy do spraw często spotykanych; zajmują one zwykle ograniczone części miąższu wątrobowego i przeważnie równocześnie zdarzają się w innych narządach, np. w mięśniach prążkowanych (najczęściej piersiowych), w płucach, w mózgu i t. d.

Przypadek bąblowca tasiemca samotnego, który poniżej opisuję, jest interesujący nie tylko dlatego, że zajmował wyłącznie wątrobę, lecz także z powodu jego wielkich rozmiarów.

Dotyczył on kobiety lat 36, zarobnicy, zmarłej na Oddziale Zakaźnych Chorób tutejszego Państwowego Szpitala Powszechnego. Klinicznie rozpoznano: zapalenie odoskrzelowe płuc, zapalenie wysiękowe opłucnej, ropień płuc. Badanie pośmiertne (L. prot. sekcji 44/36) dokonane w 12 godzin po śmierci wykazało następujący obraz: Zwłoki kobiety wzrostu średniego, budowy kośćca

odpowiedniej, miernie odżywionej. Jamy czaszkowej nie otwierano. Ze zmian narządów wewnętrznych klatki piersiowej należy wymienić prawostronne, świeże zapalenie surowiczo-włóknikowe opłucnej, stąd uciśnięcie prawego płuca przez płyn, zapalenie odoskrzelowe obu płuc, przerost i rozstrzeń serca niewielkiego stopnia.

W jamie brzusznej stwierdzono stare zrosty otrzewnej w okolicy lewego płatu wątroby i kątnicy (po dawnym usunięciu operacyjnym wyrostka robaczkowego, o czym świadczyła również blizna skórna), otrzewna była przekrwiona a na jej powierzchni były świeże naloty włóknika; w jamie otrzewnej było około 2 litry surowiczego, bursztynowego, mętnego płynu. Śledziona była nieco powiększona, na przekroju miała barwę blado wiśniową, podścielisko dość wyraźne, grudki zaznaczone, miąższ kruchy. W rozszerzonym żołądku znajdowało się kilka glist ludzkich *(ascaris lumbricoides)*. Błona śluzowa dwunastnicy i początkowego odcinka jelita czczego była blada, pokryta dość obfitym śluzem, silnie podbarwiona żółcią, z licznymi wybroczynami, zlewającymi się, mniej lub bardziej świeżymi. Jelito zawierało wśród skąpej treści kałowej dojrzałego tasiemca samotnego, długości około 2 metrów (1.85 m). Błona śluzowa jelita grubego była blada.

Wątroba była znacznie powiększona, szczególnie jej prawy płat zrosły z przeponą, a przy ucisku jego wyczuwało się chełbotanie. Po nacięciu prawego płata od strony przepony wylało się z niego około 4 litry płynu rzadkiego, żółto szarawego, mętnego, zawierającego liczne błony wiotkie w postaci popękanych torbielków, które po wyjęciu z płynu zapadały się; torbielki te były wielkości soczewicy a nawet mandarynki, barwy szarawo mlecznej z odcieniem niebieskawym, niektóre były podbarwione żółcią. Wśród błon galaretowatych był jeden bąblowiec tasiemca samotnego z zarodkiem, 1.5 cm długi, owalny, wielkości orzecha laskowego, barwy błon poprzednio opisywanych, z ciemno szarawą plamką w głębi, t. j. z zarodkiem. Po wypróżnieniu wątroby ze wszystkich błon i płynu, stwierdziłem, że jej prawy płat miał pojemność około 4 litrów płynu a sama torbiel była wysłana błoną ropną, niegładką, brudno żółtawą. Ściany wątroby, tworzące tę torbiel, były wiotkie, zapadały się, szczególnie ściana górna, znajdująca się bliżej przepony. W lewym płacie wątrobowym, na jego przednim brzegu widoczny był drugi ropień, wielkości mandarynki, wypełniony gęstymi, dość zbitymi galaretowatymi błonami i martwiczymi masami, przeważnie żółciowo zabarwionymi. Treści płynnej w tym ropniu nie mogłem stwierdzić.

Pęcherzyk żółciowy był zrosły z otoczeniem.

Rozpoznanie sekcyjne opiewało: *Taenia solium intestini tenuis. Cysticercosis hepatis cum abscessu chronico permagno lobi dextri. Bronchopneumonia cofluens lobi inferioris dextri et disseminata sinistri. Pleuritis serofibrinosa dextra. Peritonitis serofibrinosa diffusa. Concretiones peritonei hepatis et coeci. Tumor lienis chronicus. Hypertrophia cordis sinistri et dilatatio dextri. Ascarides lumbricoides. Status post appendectomiam inveteratam.*

Jak wynika z opisu sekcyjnego, na pierwszy plan wysunęły się liczne błony galaretowate wraz z jednym typowym bąblowcem tasiemca samotnego w wątrobie, oraz tasiemiec samotny w jelicie cienkim. W pierwszej chwili, ze względu na błony, podobne do błon tasiemsa wieńcogłówki *(taenia echinococcus)*, myślałem o rozpadłych bąblowcach tego tasiemca, jednak po znalezieniu bąblowca tasiemca samotnego, przypuszczałem, że są to bąblowce obu tasiemców, gdyż w piśmiennictwie nie opisano dotąd bąblowca tasiemca samotnego tak wielkich rozmiarów. Jednak mimo najdokładniejszych poszukiwań, haczyków tasiemca wieńcogłówki i jego czerwiochów nie znalazłem w żadnym z opisanych ropni.

Badanie bakteriologiczne treści ropni wykazało w niej paciorkowca hemolizującego i pałeczki okrężnicy.

Badanie histologiczne ściany ropni wykazało, że jest ona wytworzona z włóknistej tkanki łącznej obficie zapalnie nacieczonej drobnymi komórkami. W ścianie można było stwierdzić zanikające beleczki wątrobowe i tu i ówdzie nowotworzące się przewody żółciowe. Gdzieniegdzie znajdowały się złogi hemosyderyny. Powyższe zmiany występowały wyraźnie w zewnętrznej warstwie ropnia, t. j. od strony wątroby. Wewnętrzna warstwa ropnia była pokryta nalotem włóknikowym. Opisane zmiany, w miarę oddalania się od ropnia i zbliżania się do powierzchni watroby, stopniowo się zmniejszały, wreszcie wątroba miała utkanie prawidłowe. Błony, znajdujące się w ropniu, składały się ze szklistych blaszek warstwowo ułożonych. Powierzchnia blaszek była pokryta ziarnistymi, bezpostaciowymi, słabo barwiącymi się masami. Wągier przedstawiał na przekroju typowy obraz wągra tasiemca samotnego.

A zatem w opisanym przypadku był bąblowiec tasiemca samotnego bardzo wielkich rozmiarów, który uległ następnie zakażeniu i zropieniu. Wprawdzie autorowie nie zaprzeczają, że bąblowiec tasiemca samotnego może niekiedy usadawiać się w wątrobie (Birch-Hirschenfeld, Brugsch, Dmochowski, Hlava-Obrzut, Kaufmann, Nowicki, Orth, Ribbert, Schmaus, Sternberg), ale znajduje się go tam rzadko i nie dochodzi on do znacznych rozmiarów.

Interesujące były w tym przypadku wywiady; ostatnia choroba rozpoczęła się przed 2 tygodniami, do tego czasu chora czuła się zupełnie zdrową. Pierwszymi podmiotowymi objawami były bóle żołądka, nudności, utrata łaknienia, początkowo biegunka, ostatnio zaparcie stolca. Ciepłoty ciała nie mierzyła. Z tymi objawami została przyjęta na Oddział chorób zakaźnych z podejrzeniem duru brzusznego, jednak badania w tym kierunku wypadły ujemnie. Chora zmarła wśród objawów znacznej duszności po 4 dniach pobytu w szpitalu. Jak widać z tego, oba ropnie wątroby, mimo swych wielkich rozmiarów i mimo niewątpliwie dłuższego czasu trwania, nie dawały podmiotowych objawów. Dopiero następowe, wtórne objawy, t. j. zapalenie opłucnej i otrzewnej, wywołały podmiotowe objawy i były bezpośrednią przyczyną śmierci. Ponieważ chora 2 dni przed śmiercią zaczęła odkrztuszać bardzo cuchnącą plwocinę, myślano u niej o ropniu płuc, lecz z powodu ciężkiego stanu, nie można było dokładnie chorej zbadać, szczególnie prześwietlić promieniami Roentgena. Mimo dokładnych poszukiwań, nie znalazłem na sekcji ropni płuc ani przebicia ropni wątroby do płuc.

Piśmiennictwo:

Birch-Hirschfeld: Lehrbuch d. pathol. Anatomie. 1885. Str. 628. — Brugsch: Kraus u. Brugsch. Spezielle Pathol. u. Therapie. T. VI. Cz. III. Str. 494. — Dmochowski: Dyagnostyka anatomo-patologiczna. 1909. Cz. II. Str. 883. — Hlava-Obrzut: Pathologická anatomie a bakteriologie. 1894. Str. 383. — Kaufmann: Lehrbuch d. spez. patholog. Anatomie. 1931. Str. 924. — Nowicki: Anatomia patologiczna. 1935. Cz. szczegółowa. T. I. Str. 613. — Orth: Lehrbuch d. spez. patholog. Anatomie. 1891. T. I. Str. 1891. — Ribbert: Lehrbuch d. spez. Pathologie. 1912. Str. 368. — Schmaus: Grundriss d. patholog. Anatomie. 1904. Str. 258, 475. — Sternberg: Aschoff's Pathologische Anatomie. 1909. Str. 421.

Doc. Dr. Henryk SOCHAŃSKI. Lwów.

O energetyce krańcowych typów somatycznych u ludzi.

I.

Znałem jednego bardzo chudego, a zdrowego, skrajnie nieufnego i małomównego, mało ruchliwego, obojętnego, wiele śpiącego leptosomika, który był stale chłodny, a akcja jego serca wynosiła 44, maksymalnie 48. Oddychał 12—14 na minutę, był skrajnym przeciwnikiem mięsa, spożywał tylko mleko, jaja, chleb i jarzyny, nie pił alkoholu, nie palił. Ciepłota ciała mierzona w ustach wynosiła najwyżej 36.2°. Przemiana podstawowa niewiarygodnie niska. Płciowo mało czynny. Wagotonik. Inteligencja bardzo duża, co przeczyło hipotyreozie. Oksyfilia moczu olbrzymia, ale o innym charakterze, jak hiperoksyfilia tarczycowa. Cóż to więc było. Wagotonia wskazywała, że to było „nastawienie somatyczno-roślinne“, że w tym organizmie przeważały procesy od systemu parasympatycznego zależne. Mocz miał mało ciał kwasorodnych, ale duży wśród nich procent nie związanych wartości kwasowych, stąd pH małe. We krwi względna oligocytemia i oligochromemia, wśród c. białych, większy nieco procent kwasochłonnych, dużo limfocytów i *b. dużo monocytów*. Człowiek ten żył niezwykle długo i umarł we śnie, nie chorując. Monocytoza wskazywała, że u niego układ retikuloendotelialny, który jest „miękkiszem zwierzęcym“ był bardzo czynny. On go bronił przed chorobami, pozwalał na wydatną przemianę tłuszczu w cukier i w razie potrzeby i na błyskawiczną odbudowę tegoż do poprzedniej ilości, a stąd człowiek ten był chudy przy wolnej przemianie materii i nie zmieniał wagi.

Drugi z obserwowanych ludzi, brat poprzedniego, to człowiek bardzo zażywny, czerwony, cały dzień zapracowany, śpiący 5 godzin, raptus, ale o gołębiem sercu, hojny, dla podwładnych ostry, wiele jedzący, jadający chętnie mięso, pijący alkohol, lubiący bardzo dziewczęta. Oddechy 20—28. Tętno 80—88. Ciepłota 36.8—37°. Mocz nieoksyfilny, nawet silnie hipooksyfilny, o dużej ilości ciał kwasorodnych, wogóle dobrze „nasyconych“ zasadami. We krwi trochę więcej c. czerw., index = 1, c. białych ilość bliska górnej granicy normy, procentowo więcej neutrofilnych, monocytów bardzo mało. Sympatykotonik. Nie oparł się chorobie, u innych przebiegającej zazwyczaj lekko. Zmarł w sile wieku. Był to człowiek o przemianie materii nastawionej bardzo silnie nie-roślinnie. W ustroju tym procesy utleniania przeważały

	Leptosomik:	*Piknosomik:*
1.	Wąski, długi, płaski, o słabych mięśniach.	Szeroki, krótki, zaokrąglony, o silnych mięśniach.
2.	Twarz blada, o długim nosie, trójkątna, zęby i język duże, podniebienie „gotyckie".	Twarz czerwona, o krótkim nosie, pięciokątna, lub okrągła, zęby i język: małe, podniebienie „w stylu romańskim".
3.	Szyja długa, cienka, „jabłko Adama" wystające.	Szyja krótka, szeroka, bez wystającego „jabłka Adama".
4.	Klatka piersiowa długa, wąska, ostry kąt łuków żebrowych.	Klatka piersiowa krótka, szeroka, z zaznaczonym beczułkowym kształtem, rozwarty, lub doń zbliżony kąt łuków żebrowych.
5.	Brzuch mały, płaski.	Brzuch duży, tłusty.
6.	Genitalia duże, umiarkowanie lub mało czynne.	Genitalia małe, bardzo czynne.
7.	Kończyny długie, barki spadziste, wąskość w biodrach.	Kończyny krótkie, barki w górę podniesione, stosunkowa szerokość w biodrach.
8.	Skóra często brunatna.	Skóra różowa zawyczaj.
9.	Głos często suchy, drewniany, niedźwięczny.	Głos często dźwieczny.
10.	Psychicznie schizotymiczny, zamknięty w sobie, ponury, pesymista, nieufny, skłonny do smutku i lęku, intelektualnie na wielkich nieraz wyżynach raczej teoretyk, mało ruchliwy.	Cyklotymik, przejrzysty, optymista, ze skłonnością do robienia interesów, ale łatwo pozbywający się zysków, hojny,, „gołębie serce", praktyk, bardzo ruchliwy, „niestrudzony", skłonny do krótkotrwałego gniewu i beztroskiej radości.
11.	Często wegetarianin, jada mało.	Lubi potrawy mięsne i alkohol. Je dużo.
12.	Płciowy bardzo skomplikowany, wciągający w miłość swoją stronę psychiczną. Aktywność naogół nieduża i do tego jeszcze hamowana psychicznie.	Płciowo aktywny i prosty, nieskomplikowany.
13.	Tkanka łączna obfita i wiotka, układ siateczkowo-śródbłonkowy, jakoteż zatokowy silnie rozwinięty.	Stan przeciwny.
14.	We krwi mniej erytrocytów, mniej w nich hemoglobiny, mniej ciałek białych granulocytów, przewaga limfocytów, a o ile silny wzrost monocytów, możliwość oksyfilii w moczu różnej od oksyfilii tarczycowej, bo nie złączonej ze zwyżką przemiany podstawowej cechującej zwykle hipertyreozę. Krzepliwość różnie się zachowuje. Opadanie krwinek często lekko przyspieszone.	Stan przeciwny.
15.	Woda nie tyle przeważnie krążąca, ale więcej zawarta w zbiornikach (śledziona i i.). Zapory działają silnie.	Stan przeciwny.
16.	Przeważają często globuliny.	Przeważają często albuminy, o większem rozprószeniu i większej sferze peptydowej.
17.	Załamywanie światła zazwyczaj mniejsze w płynach tkankowych i surowicy krwi.	Stan przeciwny.
18.	pH płynów tkankowych i krwi raczej mniejsze, ale absolutna suma ciał kwasorodnych w ustroju mniejsza, co jest jednak przeciwieństwem pierwszego.	Stan przeciwny.
19.	Zasad zapasowych zwykle nieco mniej.	Stan przeciwny.
20.	Na, Ca zazwyczaj stosunkowo mniej, również względnie mniej NH_3 i N całkowitego.	Stan przeciwny.
21	K i Mg i P często obfitsze w tkankach.	Stan przeciwny.
22.	Ilość białka jakby cośkolwiek mniejsza.	Stan przeciwny.
23.	Tłuszcz bardzo łatwo powstaje z cukru, jeszcze łatwiej weń przechodzi.	Tłuszcz bardzo łatwo powstaje z cukru, ale trudno weń przechodzi z powrotem i staje się balastem.
24.	Cukier nieobfity.	Cukier nieraz blisko górnej granicy normy.
25.	Zapotrzebowanie tlenu oddechowego bardzo umiarkowane.	Bardzo duże względnie zapotrzebowanie tlenu oddechowego.
26.	Serce małe, kroplowate, skłonność do bradykardii i ekstrasystolii, ciśnienie krwi niskie.	Serce stosunkowo duże. Skłonność do przyśpieszenia akcji serca. Ciśnienie krwi często wysokie.
27.	Przewód pokarmowy skłonny do ptozy, wydzielniczo nieraz sprawny, choć ulegający bodźcom nerwowym bardzo silnie.	Przewód pokarmowy sprawny.
28.	Wydzielanie barwików żółciowych dobre.	Ten dział fizjologii piknosomika często jest zaburzony objawami chorobowymi. Często zaburzenia nie zawsze wątroby samej, ale bardzo często i przemiany cholesterynowej, powodujące kamicę wątrobową i i.
29.	Produkcja i wydzielanie żółci sprawne.	
30.	Spichrze cholesterynowe (wątroba, kora nadnercza), otwarte, niszczenie cholesteryny (płuca, nerki, trzustka), sprawne i łatwe przechodzenie jej w kwasy żółciowe.	
31.	W moczu mało ciał kwasorodnych, ale, że jeszcze mniej w nim zasad, stąd często kwaśność duża i małe pH.	Stan przeciwny.
32.	Chlorki w moczu zwykle mniej obfite.	Chlorki normalne.
33.	Diureza przeważnie nieduża.	Diureza normalna, lub obfita, o ile nie ma zaburzeń w czynności wątroby.
34.	Ciepłota ciała raczej niższa, czasem wybitnie obniżona.	Ciepłota ciała prawidłowa, czasem dochodzi do 37^0.
35.	Przemiana podstawowa niekiedy obniżona.	Czasem wyraźna zwyżka przemiany podstawowej.
36.	W ciągu życia produkuje leptosomik do 54 γ energji.	W tym samym czasie wytwarza piknosomik do 88 γ energii.

bardzo nad redukcyjnymi. Układ roślinny człowieka, wraz z kierującą nim częścią układu wegetatywnego: systemem parasympatycznym, były u tego człowieka w dużej mniejszości w porównaniu z drugim układem, kierowanym przez *sympaticus*. Między ludźmi są ustroje więcej roślinne, ciche, nieruchawe, chłodne, wolniej oddychające, z bradykardią, wolną przemianą materii, wagotonią swoistą, hyperoksyfilią moczu; ludzie z usposobienia jakby podobni do świata roślinnego, oszczędni, cisi, zamknięci w sobie; czysto psychicznie, są to ludzie wzbogacający ciągle swą wiedzę, zbierający wciąż materjał duchowy i dochodzący do zawrotnych psychicznych wyżyn i wkraczający w sferę psychicznie nie zbadaną. Ludzie sympatykotoniczni o przewadze utlenień, stanowią drugi biegun. Omówię te, a przytem i inne rodzaje ludzi.

Opis lepto- i piknosomika, jako dwu krańcowych typów mężczyzn, między którymi leżą wszystkie inne, wygląda, jak podaje zestawienie.

Tyle co do krańcowych typów męskich.

A teraz kilka uwag o ustroju kobiecym.

II.

Kobieta jest w zasadzie prawie zawsze jednaka, choć ich jest tyle rodzajów, taka zawsze jest różna od mężczyzny, że bez względu na to, czy jest somatycznie lepto- czy piknosomiczką, czy mieszaną, czy jest przy tem tarczycówką, czy przedstawicielką typu płciowego, czy tarczyco-płciowego czy inną, można jej typ uważać *za trzeci krańcowy i swoisty typ kobiecy*. Kompasem, który nią kieruje, jest przedewszystkiem płeć.

U mężczyzn psyche i soma są ze sobą połączone, ale dadzą się odrębnie omawiać, u kobiet nie. Ta mniejszość, o której coś trwałego można powiedzieć, to osoby, które są lepto- lub piknosomiczkami, to znów są mieszane, tu i ówdzie mają coś, co odpowiada typowi, to znów nie mają innych cech, ale to je cechuje, że w pewnych granicach są psychicznie, a nawet somatycznie stałe.

Reszta to chaos somatopsychiczny, mieszanina całkiem nieokreślona, burzliwa, zmienna, ta sama osoba idzie czasem wbrew swemu interesowi osobistemu, a kiedyindziej ta sama osoba okazuje się człowiekiem interesu. Gdzie jest granica tych wielu światów ani ona nie wie, ani nikt inny. Miłość miesza się z niechęcią, praktyczność z niepraktycznością, dobroć ze złością, cechy psychiki leptosomicznej to jest schizotymiczne z cechami piknosomicznymi i cyklotymicznymi, prawda z nieprawdą, objawy hiper- i hipotyreotyczne, objawy hipergenitalizmu z dys- i hipogenitalizmem, kobiecość z męskością i t. d., słowem chaos, henidalne myślenie [1]) i mgławica, z której nic nie powstaje. I ten chaotyczny twór jest nieraz bardzo piękny, nieraz wytworny, pociągający. Taki stan wyrabia się bardzo łatwo, gdy chaotycznohenidalny twór znajdzie się wśród uciech miasta.

Wśród kobiet istnieją i lepiej określone typy lepto-, piknosomiczne, mieszane, podbarwione tarczycowo, płciowo, tarczycowo-płciowo i i., są one w większości schizotymiczne, czasem i znacznie rzadziej jest u nich zarys cyklotymii, bardzo często widzi się skrzyżowanie psychosomatyczne w tym rodzaju, że typ piknosomiczny ma usposobienie więcej schizotymiczne, duże rzadziej jest przeciwnie. Kompasem tych kobiet jest trzeźwa stosunkowo myśl, skombinowana z płciowym powinowactwem, zwanym miłością. W znacznym procencie jest to chaos somatopsychiczny, henidalne myślenie, mgławica — okręt bez busoli i radja. Czasem uda się, czasem nie. Wszystko — przypadek. Na wsi są przeważnie kobiety, dające się określić, w mieście natomiast przeważnie drugie. Na wsi trzeba pracy, kto nie pracuje nie utrzyma się tam, wszystko co lgnie do uciech i zbytku znajduje się w mieście i stąd większość kobiet miejskich przeradza się z czasem w postacie nieraz piękne, ale będące typologicznie tak somatycznym jak i psychicznym chaosem. Ten typ nie ma psychiki oddzielonej żadnym dystansem od stanu somatycznego [2]). Lekki ból głowy wyładowuje się w bezwolnym afekcie, zwróconym niesłusznie ostrzem w stronę człowieka, od którego zależy beztroski tryb życia danej osoby. Tu nie ma żadnej kontroli centrów wyższych.

Czasem spotyka się jednak osobę o pozorach kobiety płochej, nie myślącej wiele, a jednak mądrej, stałej w zapatrywaniach i sympatiach i naodwrót, kobieta pozornie wyraźnie określona somatycznie i psychicznie — jest taką tylko somatycznie, a psychicznie skrajnie chaotyczną. Poznać, co jest u kobiety fasadą, a co wnętrzem jest nieraz bardzo trudnem, nieraz niemożliwem [3]). Mimo wszystko można niekiedy spostrzec zespoły somatopsychiczne, powtarzające się częściej. Opiszę niektóre z nich. Są to np. takie praktycznie uchwycone biotypy: 1) piekielnice, 2) niewolnice, 3) matki, 4) działaczki, 5) muzy, 6) awanturnice, 7) amazonki, 8) kobiety luksusowe.

Tak zwane *„piekielnice"* bywają leptosomiczne i piknosomiczne. Pierwsze blade, chude, o małej twarzy, ale często o wydatnym nosie, broda nieco wystająca, trochę owłosiona, klatka piersiowa płaska i długa, a wąska, biustu brak, brzuch mały, kończyny z chudymi i kościstymi palcami. Małomowne. W gniewie trupio blade, gałki oczne mocno wystające. Wobec podległego otoczenia srogie i bez litości. Wobec przełożonych układne. Nienawidzą płci przeciwnej, przynajmniej robią takie wrażenie.

T. zw. piekielnice piknosomiczne, zwane megerami, tęgie, zwykle bardzo czerwone, szczególnie w gniewie, któremu często ulegają. Dla podwładnych naprzemian to niby dobre, to straszne. Wymagają od nich pracy ponad siły. Wykorzystawszy, pozbywają się ich bez najmniejszej litości. Nienawidzą płci męskiej, ale ją chcą ujarzmić. (Odpowiednik męski: tyran domowy).

„Niewolnice", często piknosomiczne, albo przynależne do typu O i typów pokrewnych. Nieraz pełne swoistego uroku. Biust dość wydatny. Podściółka tłuszczowa nie skąpa. Usposobienia cierpliwego i łagodnego. Zniosą najsurowsze postępowanie bez skargi, chyba zareagują płaczem. Dobroć cenią bardzo.

„Matki", pokrewnego usposobienia poprzednim, somatycznie różne, stosunkowo często typu O i pokrewnych tak w stronę leptojak i piknosomii. Cechą ich jest cierpliwość, dobroć i poświęcenie.

„Działaczki" często piknosomiczne, „twarde, zimne", energiczne i mądre, uważające kobiety za równowartościowe mężczyznom w ich czynnościach. U mężczyzn nie jest dla nich wabikiem ich płeć, tylko inne cechy, jak tytuł, godność, majątek. (Odpowiednik męski: t. zw. działacz).

„Amazonki", bardzo różne somatycznie. Cechą ich jest głównie pewna wydatna przymieszka cech męskich. Pozostają często w wolnym stanie całe życie. Są dzielnymi kobietami sportu. (Odpowiednik męski: sportowiec).

„Muzy, awanturnice i kobiety luksusowe" przynależą do zasadniczej grupy kobiet bez określonego typu somatycznego i psychicznego, kobiet, których wnętrze jest zagadką nawet dla nich, albo jest prawie niczem, t. zw. blichtrem i niczem więcej, albo kryją się tam fantastyczne plany, albo są katalizą dla największych skarbów artystycznych, lub naukowych przez wpływ na twórczość męską. Pierwszy rodzaj, to *kobiety luksusowe*, piękne, ale psychicznie puste i bezbarwne, albo *niebezpieczne awanturnice*, którymi kieruje wszystko tylko nie uczucie, które nieraz dochodzą do zawrotnej, niewiarygodnej kariery, by potem nagle spaść z tej wyżyny, a nareszcie *muzy*, bezwiedne katalizatory dla zdolności artystycznej czy naukowej mężczyzny. I w tej grupie beztypowego rodzaju są zarówno najmniej cenne (kobiety luksusowe), najbardziej niebezpieczne (awanturnice) i bardzo wartościowe (muzy). Odpowiednik męski: muzony (rzadko spotykani), awanturnicy, mężczyźni luksusowi (złoci młodzieńcy) i t. p.).

Tak, jak matka, jest cenna ze względów somatycznych i psychicznych, tak muza jest wartościową ze względu na wpływ na twórczość męską psychiczną [4]).

---

[1]) Henida, termin używany przez O. Weiningera w dziele *„Geschlecht und Charakter"*, jest to nieokreślony twór psychiczny, coś bardzo mglistego, coś co jest równocześnie wrażeniem i uczuciem, ale nie oddzielonym jakieś mieszane. To, że henida powstała wyczuwa się, ale nic bliższego o tem powiedzieć nie można. Dzieci do 14 miesiąca myślą przeważnie henidami, często też myślą nimi całe życie pewne kobiety mimo, że ich pozór jest bardzo od tego daleki. Są np. kobiety wykształcone, zrównoważone, ale wszystko to jest ich psychiką zewnętrzną. Wewnętrzna psychika ich jest henidalna, wielopodmiotowa, chaotyczna.

[2]) Pomostem są tu afekty. Mimo schizotomicznej psychiki ułatwiają one kontakt całego organizmu kobiety z psychiką. Leptosomiczny męski schizotymik panuje rygorystycznie nad sferą afektorodną i dlatego jego psyche odcięta jest w znacznym stopniu od soma. Piknosomiczny męski cyklotymik jest w stosunku do niego przejrzysty, ale pozornie schizotymiczna kobieta jeszcze bardziej. Schizotymia i przejrzystość są sprzeczne sobie, ale właśnie takie sprzeczności są cechą wielu kobiet.

[3]) Fasadą nazwał Kretschmer psychikę zewnętrzną. Jest ona cechą leptosomików i wielu kobiet. U leptosomika fasadą jest tylko układność, wytworność, słowem formy zewnętrzne, u kobiety może być czasem składnikiem fasady bardzo dużo rzeczy, formy, wiedza, wykształcenie, a nawet udane uczucie. Wiedza leptosomika wewnętrzna, ukryta, głęboka, wiedza niektórych kobiet, choć nawet rozległa jest czemś zewnętrznym, narzuconym, czemś podobnym do stroju, czemś co bywa bardzo chętnie pokazywane innym, a wewnątrz psyche są poglądy dziwnie henidalne, chaos i wielopodmiotowość.

[4]) Matka jest sama cenna, muza tylko wtedy, gdy natknie na człowieka, dla którego jest psychicznym katalizatorem. (Por. Polska Gazeta Lekarska. 1933, 43).

Energetykę typu kobiecego cechuje:

1) Zmienność i niestałość.

2) Bardzo częste zwiększenie tlenochłonności moczu, łącznie ze wzmożeniem przemiany podstawowej, a więc typ oksyfilii tarczycowej [5]).

Ogólna energetyka jest wyższa od leptosomicznej, ale niższa od piknosomicznej, ale w jednostce czasu bardzo różna, raz spada do poziomów, którychby się nie powstydził najbardziej typowy leptosomik, drugi raz podnosi się do wyżyn, których nie osiąga nigdy piknosomik. Co do szczegółów odsyłam Czytelnika do niektórych mych prac dawniejszych (np. do ogłoszonych w Polskiem Archiwum Medycyny Wewnętrznej T. VII. (z. 3), T. IX. (z. 1), T. X. (z. 2) i do prac o typach i pokrewnych (Polska Gazeta Lekarska. 1924, *24*; 1927, 47, 48, 49; 1923, *23*; 1934, *22*; 1935, 1, 19, 24, 44, 45).

Jak wiadomo, bardzo złożonym jest wpływ światła księżycowego na niektóre kobiety. Zajmującym z tego względu, że człowiek przestaje być sobą. Ta istota, która jest znana ze swych zwyczajów, upodobań, wiadomości, sympatii, zapada w sen czasami nawet omal letargiczny, niema jej. Ze snu budzi się całkiem kto inny, porusza się inaczej, jest obcy wszystkim. A dzieje się to pod działaniem spokojnego, srebrzystego światła. Po pewnym czasie ten człowiek zapada powtórnie w sen, a gdy się zeń obudzi jest znowu sobą i o tym całym poprzednim stanie nic a nic nie wie. Co to jest? Czyż w jednym ciele są psychiczne dwie jednostki, z których jedna tylko panuje? Czyż druga zmuszona jest do milczenia i tylko w wyjątkowych warunkach dopuszczana jest do głosu? Zrozumieć to można dopiero po uwzględnieniu poglądów dualistów, bo skrajni materialiści, jako też skrajni spirytualiści tego nie są w stanie zrobić.

Istnieje jeszcze t. zw. monizm obojętny, który również mógłby to wytłumaczyć. Dualiści uważają, że są dwa czynniki w człowieku somatyczny, materialny, i niematerialny, duchowy. Najtrzeźwiejszem jego ujęciem jest pogląd W. Rubrzyńskiego, jako też pogląd T. Bilikiewicza. Monizm materialny Freuda lub mniej radykalny Bleulera, mimo całej swej genialności, nie tłumaczy przekonywująco wszystkiego. Zdania skrajnych spirytualistów nie są w stanie trafić do umysłowości przyrodnika. Ani skrajny materializm, ani skrajny spirytualizm, tylko trzeźwy dualizm Rubczyńskiego i Bilikiewicza może wszystko wyjaśnić. Rubczyński twierdzi, że zjawiska psychiczne nie dadzą się wytłumaczyć, jako proste wytwory procesów fizycznych *i że wiele zjawisk psychicznych nie daje się wytłumaczyć czysto fizykalnie jak i czysto psychicznie, lecz psychofizycznie.* Bilikiewicz odróżnia byt materialny, *byt psychizmu życia* i byt nadprzyrodzony. Energia psychiczna jest ilościowo według Rubczyńskiego tak drobną, że jest niewymierną. *Życie to psychizm* (Bilikiewicz), naczelny podmiot, to „ja", monada centralna (Leibnitz), której służą inne (Hartmann). *Podmiot świadomy jest zawarty w materjalnym układzie, umiejscowienie* jego pokrywa się z nim, z jego energetycznymi ośrodkami (Bilikiewicz). W. Lutosławski twierdzi, że *„na żywot jednej osobistości, składa się wiele jaźni niższych i wyższych, bez ujmy dla jaźni naczelnej".*

Jak w świetle tej pięknej wiedzy przedstawia się obraz lunatyzmu, choćby go nawet wywołała histeria, która jest często właściwie głównie słowem, mającem pokryć naszą niewiedzę na którymś punkcie medycyny. Otóż wiadomo, że już każda jednostka żywa (bioblast, protomera, biofor, gemmula, plasom, pangen, jednostka fizjologiczna) ma wyższy składnik kierowniczy, komórka ma ich miliony, ustrój ludzki setki trylionów. Z tych setek trylionów kilka jest najwyższych, a z tych jedna jest naczelną monadą centralną, podmiotem świadomym, naszem „ja", jaźnią. Nie znaczy, by ta monada była bezwzględnie wszystkiem, ona jest dla danego ustroju najpraktyczniejsza, ona usuwa wszystko życiowo mniej praktyczne pod próg świadomości, człowiek nawet nie wie, jakie masy świadomości własnych są dlań utajone [6]).

Prócz psychizmu nieświadomego niższego (automatyzm) istnieje i nadpsychizm nieświadomy, nieświadomość dynamiczna, działająca, twórcza (nadświadomość Assagiolego), „ja" popędowe, wewnętrzne [7]). Panowanie tych monad dodatkowych możliwe jest w całej pełni tylko po uśpieniu monady centralnej, a to dzieje się drogą hypnozy, jedną zaś z nich jest „hypnoza księżycowa", czyli lunatyzm.

Kobieta jest zagadką dla siebie i dla badacza, jest sfinksem, którego tajemnicy nie zna ani ona, ani na razie badacz, jest wyszukanym wprost objektem, dla badań psycho-somatycznych. Podam przykład: Skromna, pobożna panienka, domatorka, nie wie nic o tem, że w nocy jest kurtyzaną, otoczoną rojem wielbicieli i dopiero pewnego razu pod wpływem lęku budzi się z tego snu na jawie. O ile w tem wszystkiem nie ma zakłamania, co nie jest niemożliwe, jest to również dowodem dziwnego zdwojenia jaźni. Jedna już dziś nie żyjąca artystka grała przecudnie swą rolę, a na drugi dzień nie wiedziała o tem wcale, dopiero afisz z dnia wczorajszego upewnił ją o tym fakcie. W wielu kobietach, żyje jakby kilku ludzi, a u kobiet chaotycznych są nieraz liczni, bardzo słabo oddzieleni od „monady rządzącej". U mężczyzny jest „monada rządząca" faktycznie władcza, u kobiety, zwłaszcza chaotycznej jest jej przewaga nad innymi bardzo słaba. Wtrącają się one do pracy tej monady, przerywają jej czynność, robią chaos, kobieta taka sama nie wie, kim jest właściwie, sobą czy nie. Najprzykrzej jest, gdy któraś z monad pobocznych, ma cechy nie kobiece. Wtedy taka istota jest naprawdę nieszczęśliwa. Monada naczelna, każe jej być kobietą, a jedna z monad pobocznych, współrządzących jest nie-kobieca, w snach uczestniczy jako mężczyzna w orgiach z kobietami, a na jawie musi być kobietą, do której ma odrazę, a którą jest somatycznie. Ubiera się więc z męska, zachowuje się jak chłopiec, marzy o tem, by wyszczególnić się w wyczynach sportowych, jeździ konno, poluje, dla zwierząt nie ma litości, lubi pasjami uczestniczyć w najkrwawszych doświadczeniach na zwierzętach, lubi eskapady z kolegami na „biby", pije, pali, kocha się w koledze bardzo kobiecym i miękkim, wymuskanym, pachnącym, bladym, marzycielskim, trochę poetą, muzykiem, długowłosym, z bransoletką, ale kocha go tak jak mężczyzna kocha kobiety, a on wobec niej jest raczej kobietą. Takie pary chłopczyc i kobietonów były do niedawna w modzie, dziś już nie są takimi, choć i dziś widzi się czasem zblazowanych, bardzo miękkich w zachowaniu, panów o bardzo szerokich nogawkach u spodni, coś w rodzaju spódnic, idących z paniami bez biustu, płaskich jak deska, paniami o wąskich miednicach, długich nogach, stawiających wielkie kroki, pijącymi i palącymi, o brutalnych i ordynarnych manierach. Tu psyche wpływa także na soma i zmienia czasem typ, zwłaszcza u kobiet, jak to podkreślał w swych pracach S. Liebhart. Kobieta taka staje się z czasem niepłodna, choć była nią dawniej. Na mężczyznę to tak nie działa, ale na kobietę często bardzo wybitnie. Zrazu jest ona tylko psychicznie niekobieca, z czasem jednak staje się ona nieczynna jako kobieta somatycznie. Okropne, srogie, bezlitosne panie, a równocześnie nadludzko cierpliwe, zamęczane, a nie chcące odejść od nich służące, to jakby sadystycznie zabarwione męskie kobiety i nieco masochistycznie nastrojone, miękkie, prawdziwe kobiety. Bardzo łagodny „podrapany z miłości", pobłażliwy, zahukany, kobiecy małżonek, pantoflarz i męska żona, megera „z piekła rodem" — to także para tamtej pokrewna, tylko z tą różnicą, że miejsce kobiety zajmuje kobiecy mężczyzna. Srogi, bardzo męski mężczyzna, dokuczający wciąż uporczywie, bardzo kobiecej, łagodnej i dobrej żonie, a kąsający ją w czasie „małżeńskiej pieszczoty", należy również do tego rodzaju zjawisk z tą znowu różnicą, że role kobiety męskiej zajmuje mężczyzna.

Kobiety pełne poświęcenia, cierpliwości i nie znające gniewu, są właściwie kobietami, inne należą do form pośrednich od wartościowych począwszy, a na niewartościowych skończywszy. Tak samo i u mężczyzn, następuje zwyrodnienie, leptosomicy wyrodnieją w kobietony, a piknosomicy w ludzi bez litości, brutalnych i bezwzględnych. Pierwszy jest męską kobietą, drugi jest zanadto mężczyzną. Kobieton ma skłonności trochę masochistyczne, a hiper-mężczyzna miewa zwyczaje zalatujące sadyzmem. I te osobniki wraz z niewartościowymi typami kobiecymi uniemożliwiają zgodę i przyjaźń miedzy ludźmi, zatruwają normalne płciowe stosunki. A nieraz bierze ktoś za żonę kobietę, której zna tylko zdobną fasadę (E. Kretschmer), a wnętrze jest dlań zagadką, bo to wnętrze zależy od ustosunkowania się monad, które mają wpływ na monadę rządzącą, a tego nie wie nikt, nawet ta osoba, w której głowie będzie to się odbywać. I stąd słuszne jest zdanie, że kobieta jest sfinksem, że jest zagadką dla siebie i innych.

Typ kobiecy mimo podobieństwa do różnych typów, pozostanie zawsze swoistym, krańcowym, zmiennym i trudnym do zbadania. W pracy niniejszej, wyjąwszy zestawienie końcowe, więcej nie będzie o nim mowy. Powracam do lepto- i piknosomii u mężczyzn.

---

[5]) Tylko u jednej asteniczki z małą przemianą podstawową znalazłem uczulonym sposobem oksyfilię nietarczycową. Miała zwiększoną ilość monocytów we krwi.

[6]) Omówiłem ten temat w mej pracy ogłoszonej w P. G. L. 1934, 3 i 4.

[7]) Między świadomością, a nadpsychizmem nieświadomym jest przepaść. E. v. Hartmann i Schopenhauer uważają, ten drugi za nieskończenie wyższy. On przecież tylko jest motorem twórczych wyczynów ludzkich.

III.

Dwaj na początku niniejszej pracy wymienieni ludzie, to bracia, rdzenni Polacy, z rodziny, w której panuje typ subnordyczny mniej lub więcej wyrazisty. Piknosomik jest dla tej rodziny prawie że typowy. Od czasu do czasu zjawia się w tej familii nordyczny leptosomik, z twarzy mający coś wspólnego wszystkim, a jednak odmienny z usposobienia i budowy. Znamy przecież leptosomików nordycznych, aramenoidalnych, północno-zachodnich, śródziemnomorskich, orientalnych, mieszanych i i., a z drugiej strony są piknosomicy subnordyczni, laponoidalni, dynarscy, presłowiańscy, alpejscy i i. a zawsze prócz właściwości typu antropologicznego mają cechy typu somatycznego. Typ somatyczny nie jest więc całkiem tym samym, co antropologiczny, nie jest tym samym co etniczny, każdy jest odrębny [8]).

Z typem somatycznym wiąże się bardzo często typ psychiczny tak jak gdyby leptosomik musiał był schizotymicznym, a piknosomik cyklotymicznym [9]). Może przy tym być psychika właściwa rasie, czy narodowi, ale zasadniczy rys jej pozostaje zależnym bardzo często od typu somatycznego. Związek z inkretami jest, ale przecież nie jest on istotny [10]). Piknosomik ma w sobie dużo inkretu nadnercza, ale jeśliby leptosomikowi podawał kto bardzo długo preparaty nadnercza, nie zrobi z niego typowego człowieka czynu, piknosomik zaś w stadium chorobowej astenii z powodu niedomogi nadnercza jest słaby, apatyczny, ale nie robi się nagle teoretykiem, myślicielem, jakim jest często ubogi w wydzielinę nadnercza leptosomik. Typ somatyczny tkwi w genie, czy ich grupie [11]), która też przenosi ogólne cechy budowy, ale równocześnie i ogólne cechy psychiki. Inny gen przenosi właściwości antropologiczne, inny etniczne i t. d.

Czy zjawisko sprzęgania się ogólnego typu somatycznego i psychicznego jest zależne od jednego czy kilku sprzężonych genów, to nie może być przedmiotem moich rozważań, bo to należy do innego działu wiedzy, stwierdzenie jednak przypadków rozczepienia typu somatycznego i psychicznego przemawia raczej za sprzężeniem genu, czy genów somatycznych i psychicznych w przeważającej liczbie przypadków, w rodzaju korelacji płci i drugorzędnych jej cech [12]). Czasem rodzice lub wychowawcy chcą z leptosomicznego chłopca zrobić na gwałt piknosomika, czy mięśniowca; wyrasta fenotyp somatycznie odmienny od czystej leptosomii, psychicznie bardzo powierzchownie zmieniony w fasadzie psychicznej, ale wewnętrznie może jeszcze bardziej charakterystyczny dla leptosomii, aniżeli przed okresem t. zw. przestrajania. Ze względu na zdrowotność jest wynik dobry, ale odbywa się to kosztem pracy psychicznej. Gdyby nie jeden geniusz był wychowywany na inny typ, byłby somatycznie zdrowszy, silniejszy, ale jego genialność byłaby stracona. Jeżeli przyroda dała komuś taki skarb jak zdolności, można temu ustrojowi dać dobre warunki zdrowotne, ale nie można tłumić talentu, który się prosi na świat, aby zginął, wywołał poczucie krzywdy i jeszcze większe zamknięcie się w sobie [13]). Piknosomików jest dość, dadzą sobie radę, są bystrzy, bardzo zdolni, mięśniowcy są także mężni i oni zwłaszcza lubią rygor, są znakomici tam, gdzie trzeba siły i sprawności do pracy, pośrednie postacie między piknosomią, a typem mięśniowym, bardzo liczne, czupurne, chwackie, oto materiał, z którego można wytworzyć cuda, jeśli chodzi o czyn i pracę, ale nie należy zbytnio zabierać się do zmieniania leptosomików w inne typy somatyczne, bo zniweczy się ich myśl twórczą, a wiele się z nich pod względem somatycznym i tak nie zrobi. Tylko tyle należy ich somatycznie zmienić, by byli odporniejsi, zresztą chronić ich przed niebezpieczeństwami dla zdrowia. Poza tym dać im możność spokojnej pracy umysłowej, do której ich ciągnie.

Leptosomik wytwarza w ciągu długiego życia 54 γ energii, piknosomik zaś do 88 γ. Czy w to jest wliczona energia psychiczna? Bez wątpienia jest, ale jej nie widać, bo jest niewymierna. Widać procesy, *towarzyszące pracy psychicznej*, przemiana materii w systemie nerwowym, zjawiska elektryczne i i., ale to wlicza się do *energetyki somatycznej, związanej z pracą psychiczną*. Energetyka afektów jest też energetyką somatyczną towarzyszącą czynnościom psychicznym. Energii psychicznej, widocznej [14]) nie poznać zupełnie, widzi się ją tylko pośrednio ze

[8]) Typ somatyczny jest czemś dużo wcześniejszym od typu antropologicznego w dzisiejszym rozumieniu. Geny dla piknoi lepto-somii istniejące dla każdego ustroju były zrazu zawsze na równi czynne i praludzie byli potężnymi, wysokimi mięśniowcami, z czasem nastało rozczepienie czynnościowe genów i stąd albo możność dalszej współpracy lub panowanie jednego genu z recesją antagonisty. Powstali pikno- i leptosomicy. Psychika ludzka była zrazu prawdopodobnie mieszana, z czasem doszło znów do czynnościowego rozszczepienia i możności panowania cyklotymii a recesji schizotymii lub na odwrót. Tworzenie się równocześnie typów antropologicznych i psychicznych, etnicznych, zjawianie się odmian wkrewno-wegetatywnych i innych wytworzyło dopiero ludzi dzisiejszych.

[9]) Przyczyna tego częstego schodzenia się schizotymii z leptosomią męską, a poza tym z płcią żeńską jest mało zbadana. Zdawałoby się, że na ujawnienie schizotymii wpływa korzystnie brak lub mniejsza ilość hormonów męskich. Bliższe wglądnięcie w całe zjawisko wskazuje, że wchodzi tu w grę raczej wpływ inkretu tarczycy na psychikę. A jest on swoją drogą dziwnie sprzężony z hormonami żeńskimi.

[10]) Podział endokrynologiczny typów, który opisałem w roku 1927, jest, o ile chodzi o stany patologiczne, w medycynie wewnętrznej najbardziej przejrzysty. Typ nadnerczowy ma rzeczywiście nadmiar wydzielania nadnercza i szkodliwe następstwa tegoż, tarczycowy gruczołu tarczykowego, płciowy gruczołów płciowych, asteniczny słabsze nadnercze i t. d. Stan patologiczny wiąże się z tym bez względu na głębszy mechanizm zjawiska. A lekarzowi tylko o ten stan patologiczny chodzi, bo chce go usunąć, lub unieszkodliwić, jeśli nie można go ostatecznie poprawić.

[11]) Gen, przenoszący cechy dziedziczne, jest czynnikiem dynamicznym o przyrodzie katalitycznej. S. K. Pieńkowski po jego definicji dodaje, że „równie dobrze można sobie wyobrazić gen, jako negację czegoś". Ten dodatek jest nader dalekosiężny. Negatyw może równie dobrze spełniać swe zadanie, jak pozytyw, jeżeli tylko w miejscu, czy czasie odpowiednim, przejdzie w pozytyw. A takim czasem jest w zjawisku dziedziczenia chwila złączenia się komórek płciowych. Jeżeli na jakiś ruch falisty przenosi się coś, może to coś „być skazą na fali w formie ubytku, lub przybytku". I z jednego i z drugiego można odpowiednim sposobem wydobyć ten sam efekt. Negatyw jest często postacią wytrzymalszą, jak pozytyw. Możliwem jest, że czasem pozytyw rychłoby uległ odkształceniu, negatyw jest trwalszy i wierniej może odtworzyć, po zmianie w pozytyw, co w nim zostało „zapisane". Chemicznie genowy substrat zawiera między innymi wielonukleiniany prostych stosunkowo białek. Liczba ilości cząsteczek zawartych w genie naturalnie tylko przypuszczalnie jest bądź co bądź olbrzymia. Dokładnie nie można jej określić wobec nieznajomości istoty genu.

[12]) Gen psychiczny jest dowodem jakby realności tego co psychiczne, lubo nie w rozumieniu codziennem. Twory psychiczne są złożone z „materii" niesłychanie, bo miliardy razy subtelniejszej od materii zwykłej. Stosunek jej do materii zwykłej jest przypuszczalnie taki, jak ten, który zachodzi między przeciętną gęstością galaktyk, a gęstością wiecznej, bezkresnej pramaterii kosmicznej. Nic dziwnego, że badanie tej materii w jej istocie jest dziś jeszcze niemożliwe. Tak jak emanacja radu może być gazem mimo, iż ma bardzo wielką masę, ale lit jest ciałem stałym, tak substancja psychiczna nie musi absolutnie być gazem, choć jest nim wodór. Może być czemś na wzór bardzo złożonych polimerów. Udział energii promiennej w tem wszystkiem jest bardzo ważny. Jest faktem, że geny psychiczne, przenoszą takie cechy psychiczne, jak muzyczny talent kompozytorski, dobroć, praktyczność i t. d. Nie mówię tego gołosłownie, mam na to dowody w mej wieloletniej obserwacji; długoletnie badanie jednej rodziny, w której była jedyna linia muzycznie utalentowana kompozytorsko a reszta zupełnie była pozbawiona wogóle talentu muzycznego, wykazało, że dziedziczenie tego talentu odbywa się ściśle według praw M e n d l a, tak jak barwa kwiatów u roślin. Wyraźnie nadmieniam, że materia psychiczna nie ma nic wspólnego ze zwykłą materią, prócz tego jednego, że istnieje również tak, jak tamta. Znamy jej pracę tylko, miejsce gdzie się ona odbywa, ale jej nie znamy zupełnie, wszystko, co nam się wydaje, że nią jest, jest tylko funkcją zwykłej materii, przez nią kierowaną. Wszelkie ścisłe pomiary jej funkcji, możliwe są tylko przy pomocy materii zwykłej. Że to jest możliwe, wiemy z prac Z. T o m a n k a.

[13]) Jest to stan zupełnej nieprzejrzystości psychiki, widać tylko i wyłącznie fasadę, z głębi nie przeziera się absolutnie nic. Po pewnym czasie odbija się to na ustroju, zjawiają się objawy nerwicowe, choroby przemiany materii, zaburzenia wkrewne, zwłaszcza tarczycy. Jest to stan „promieniowania utajonej psychiki do wewnątrz ustroju".

[14]) J a m e s J e a n s zastanawia się nad problemem, jak w rzeczywistości wygląda elektron i uważa, że wyobrazić sobie tego naprawdę nie można, tak samo jak nie można wyobrazić sobie, jaką przestrzeń zajmuje strach, niepokój, niepewność. Tu docieramy do zagadnienia przestrzenności tworów psychicznych. Zadziwiająca nieraz trwałość przeczy, jakoby były one tylko czynnością, po której je poznajemy. Substancja, która jest substratem tego wszystkiego, zawarta głównie w korze

skutków, z wpływu na soma. Jeżeli jest obliczenie energii życiowej lepto- i piknosomika, to jest ono tylko obliczeniem energii somatycznej, o energii psychicznej właściwej wiemy tylko dlatego, że widzimy jej skutki i jej potężny wpływ na somatykę. Z pomiaru energii życia lepto- i piknosomika (o cyfry szczegółowe można się bardzo sprzeczać) widać tylko to, że potężny psychicznie leptosomik jest słabszy fizycznie od piknosomika, teoretycznie ma się doń mniej więcej, jak 1 do 1.64 ale tylko co do siły somatycznej [15]), co do siły czysto duchowej czasem jest mu równy, czasem nad nim góruje, czasem mu nie dorównuje.

Między słabym fizycznie, niezwykle utalentowanym leptosomikiem a nadzwyczaj silnym fizycznie, a nieszczególnie utalentowanym piknosomikiem rozwija się często walka. Jest to prawdziwa walka dwóch sił, walka psyche z soma. Jeżeli zetrą się ze sobą ludzie tego typu, ale o bardzo wielkim umyśle, jest wtedy walka czystej myśli (leptosomik) z psychiką czynu (piknosomik). *A właściwie te ostatnie dwa bieguny ludzkości stanowią całość, która przy pomocy trzeciego składnika, t. j. ludzi twardej, fizycznej pracy (mięśniowcy, mieszańcy) dokonuje wogóle wszystkiego.*

Między lepto- i piknosomikiem powinna być symbioza, w istocie ona faktycznie jest, choć towarzyszy jej zwykle namiętna walka, jak gdyby ta ostatnia potrzebna była, by w ogniu namiętnych waśni więcej pracowała myśl twórcza i najcelniejsze jej płody wychodziły na świat. Może to jest wogóle celem w przyrodzie, kto wie. Często dzieła wynikłe np. ze skrajnego zacietrzewienia naukowców lepto- i piknosomicznych są wprost znakomite.

Przejdźmy do innego nieco tematu. Do giętkości psychiki. Otóż piknosomik jest często różny zależnie od okoliczności. Oficjalnie jest gładki, o ruchach zaokrąglonych, miły, uśmiechnięty, mówi dyskretnie, dość miękko, zachwyca się nawet tem, co w istocie go nie obchodzi. Służbowo jest zwykle rychło przełożonym, jest on nadęty, z hipertonią mięśni, z nadwyżką mięśni wyprostnych i z wyraźną hipertonią mięśni karkowych. Chodzi dość szybko. Mówi też szybko. Mówi groźnie, cokolwiek szorstkim głosem. Rozsiewa nastrój niepokoju, a nieraz i czegoś spokrewnionego jakoby z grozą. Sam jest w nastroju mieszanym, jest trochę gniewny, a równocześnie ma poczucie siły (jak w afekcie odwagi) i wyższości. Wśród zaufanych ma ruchy trochę niedbałe, mówi głośno, jest mały, szczery, wylany i wesoły. W rodzinnym życiu nieraz idealnie dobry. Ktoby widział czasem piknosomika wśród rodziny lub wśród zaufanych, a tegoż samego człowieka, siejącego lęk wśród swych podwładnych, patrzącego dumnie na wystraszone, drżące ich postacie, lub miażdżącego nieubłaganie przeciwników swych poglądów, albo znów wytwornego, dyskretnego, uśmiechniętego na oficjalnych przyjęciach — powiedziałby, że to inny człowiek. A jednak piknosomicy, to ludzie o grupie *ja* „jakby z żelazobetonu". Moc i trwałość ich jaźni godne są podziwu. Są to jednak ludzie o „giętkiej, przystosowalnej do życia" naturze, dzięki której mogą iść śmiało w świat piastować urzędy, wymagające żelaznego rygoru, zwalczać swych przeciwników, pozyskiwać wytwornością form towarzyskich sympatie i t. d. Sobą są tylko wśród swoich, tamto wszystko jest tylko zmienną ich, a wielce praktyczną fasadą. Wolę mają silną, ale nieupartą.

Leptosomicy, to świat zupełnie inny. Leptosomik jest zawsze zagadką dla otoczenia, *ale nie dla siebie* i w tem zasadniczo różni się od zagadkowości kobiet. *Ja* jego jest jeszcze trwalsze od piknosomicznego, wola jest pozornie słaba, naprawdę silna, ale o typie woli upartej. Wszędzie jest takim jak piknosomik, na oficjalnem przyjęciu, tylko wobec kilku osób jest więcej swobodny. Nieufny, trochę jakby zalękniony, zwykle smutny, ruchy sztywne, kanciaste, małomowny. Z trudem przystosowuje się do nie swojej woli, robi to, co sam chce, nawet wbrew swej korzyści. Czuje się małym, wiadomości, któreby rozsadzały wprost piknosnika, wydają mu się ciągle małe, ciągle się uczy, szpera w książkach i ma wrażenie, że to jeszcze mało, nic też dziwnego, że ma pod względem rozległości wiedzy absolutną przewagę nad innymi typami, ale nie korzysta z tego, choć widzi swą wyższość, jest ze swej wiedzy zadowolony, nawet odczuwa coś w rodzaju dumy, ale jest to wyłącznie uczucie dla swego ja, nie dla innych, dla których jest ciągle małym, jakby zalęknionym. Od swych poglądów nie odstępuje, choć ich nikomu nie narzuca [16]).

Wiele epokowych wynalazków jest zasługą leptosomików.

Psychika piknosomików jest giętka, u leptosomików przeciwnie.

W końcu wspomnę jeszcze o „przejrzystości psychicznej".

Piknosomika, jeśli się jest jego zaufanym, jeśli się widzi nietylko jego fasadę, t. j. groźną, to zacietrzwioną, lub też układną, ale jego często bardzo dobre wnętrze, poznaje się rychło i bez trudu. On sam zresztą do tego dopomaga. Leptosomika można znać lat dziesiątki i nie można powiedzieć, że się go poznało całkiem do „dna". Zawsze coś jest „przesłonięte mgłą", zawsze jest coś niedopowiedziane, zakryte.

Opisałem pokrótce cechy dwóch męskich kontrastów, mogących się zdarzyć wszędzie u ludzi różnych antropologicznie i etnicznie. To, że domieszka elementów z dalekiego wschodu do elementów z północy, daje nierzadko u nas typ piknosomiczny jest faktem, ale nie bezwzględnym prawem. Mam wrażenie, że istnieją zawsze grupy genów 1) piknosomiczno-cyklotymiczna i 2) leptosomiczno-schizotymiczna i zależnie od tego czy są panujące czy recesywne powstaje, to jeden typ, to drugi.

Grupa piknosomiczno-cyklotymiczna złożona jest z dwóch części piknosomicznej i cyklotymicznej. Grupa leptosomiczno-schizotymiczna z dwóch: leptosomicznej i schizotymicznej. Jeśli panująca będzie np. grupa piknosomiczna i schizotymiczna, albo leptosomiczna i cyklotymiczna, powstanie skrzyżowanie psychosomatyczne. Grupy psychiczne i somatyczne mogą różnie się uwydatniać. Typ mięśniowy jest somatycznie raz bliżej piknosomii, to znów bliżej leptosomii, czasem całkiem w środku, psychicznie często nieco bliżej schizotymii, jak cyklotymii. Tych kilka zasadniczych grup genów ma bądź dominować, bądź częściowo, lub całkiem być recesywne. W moim wielkim materiale typologicznym męskim była pewna mała liczba pikno- i leptosomików, o której mogę na pewno szczegółowo powiedzieć tak co do somatyki, jak i psychiki. Reszta poznana głównie somatycznie. Otóż na 62 mężczyzn było 18 piknosomików cyklotymicznych, 8 piknosomików psychicznie mieszanych, a tylko 2 piknosomików schizotymicznych. Leptosomików schizotymicznych było 26, psychicznie mieszanych 7, a tylko jeden o naturze zbliżonej do cyklotymii. To, co widzimy jest, jak wiemy, fenotypem.

Jaki jest stosunek typu psychosomatycznego do zawiązków dziedzicznych, tworzących genotyp, a jaki do wpływów tworzących paratyp, nie zawsze można powiedzieć.

Rasa, wpływy etniczne, bodźce inkretoryczne, warunki życia i mnóstwo innych czynników wywiera swoje działanie na każdego człowieka. To co zwiemy typem somatyczno-psychicznym jest wypadkową niezliczonych wpływów. Może zależeć od pewnych genów, ale, które z nich będą panować, a które będą w utajeniu, nie można przewidzieć.

* * *

mózgowej płatów czołowych (jeśli zanikną zwoje czołowe, znika właściwie psychika, znika jaźń, znika wola, myśl i uczucie — a więc tam, gdzieś to „coś" głównie się mieści, lub jak chcą niektórzy tamtędy „komunikuje się z nadświadomością". Jaki rozmiar to wszystko posiada? Według O. Flügla, minimalny. Gęstość musi być również minimalna. Średnia gęstość ludzkiej materii somatycznej przewyższa średnią gęstość materii kosmicznej galaktyk 10^{22} razy, a ta jest ponad 10^9 razy gęstsza od pramaterii kosmicznej. Jeżeliby taki sam jak między średnią gęstością galaktyk i pramateryj był stosunek między materią somatyczną a psychiczną, zrodzoną wprost z odwiecznej pramaterii, byłaby niedosięgalność istoty psychicznej zrozumiałą. Ale czy to tak jest? Może zupełnie inaczej. Tajemnica tkwi w materii a ta swem poziomem, brutalnem działaniem zasłania prawie wszystko, co nader subtelne, co wprost pochodzi z tajemniczego prabytu, który dał początek subtelnej istocie psychicznej i ordynarnej, brutalnej istocie materii. Obie istoty muszą w żywym ustroju ludzkim być razem, obie pracować, żyć w symbiozie, mimo pozornego antagonizmu.

[15]) Jest interesującym, że całkowita produkcja energii przez jedną świecę normalną, a więc ciepło, światło i inne postacie energii, dokładnie obliczona i zesumowana jest dosyć zbliżona do energetyki somatycznej ustroju ludzkiego, krańcowo leptosomicznego — w tym samym czasie — będącego we względnym motorycznym spokoju, lubo jest trochę od niej mniejsza. Całkowita energia typowego, krańcowego piknosomika, będącego w ruchu równa się mniej więcej energii cieplnej 2 świec, normalnych w tym samym czasie.

[16]) Genialność niektórych schizotymicznych pomysłów, przeniesiona przez genialnych piknosomików na widok publiczny w postaci mniej trudnej, ułatwionej, przystosowanej do życia praktycznego, dostaje się ogółowi do wiadomości, mimo, iż ascetyczny, bezinteresowny schizotymik całkiem tego nie pragnął, z tym się nikomu nie narzucał. Tu widać znowu symbiozę schizotymiczno-cyklotymiczną, mimo pozorów antagonizmu.

Zestawienie wszystkich głównych danych, zawartych w niniejszej pracy, przedstawia się jak następuje:

1. Istnieją trzy krańcowe typy ludzi, piknosomiczny, leptosomiczny i krańcowy kobiecy. Najwyższą z nich produkcję energii somatycznej wykazuje męski typ piknosomiczny, średnią, najbardziej kobieca kobieta, a najniższą leptosomik. Inne typy są pośrednie.

2. Energia czystej psychiki najwyższa jest u leptosomika, psychika czynu u piknosomika. Piknosomik ma jaźń bardzo trwałą, wolę potężną, leptosomik, jaźń ogromnej mocy, wolę upartą. Piknosomik stara się swą wolę narzucić innym, leptosomik nie czyni tego. Obaj mają wielką wartość.

3. Tak jak mężczyzna, zwłaszcza leptosomiczny ma w sobie trochę przymieszki kobiecej, tak i każda prawie kobieta ma w sobie coś z psychiki męskiej. Nawet i najczulsze matki mają iście męską odwagę, gdy bronią dziecka. Krańcową absolutnie kobietą jest taka, która ma bezwzględnie 100% kobiecości, ale ta właśnie, bardzo rzadko spotykana, której dotyczy właściwie środkowa somatyczna grupa energetyczna jest tak zbliżona do reszty, co się tyczy produkcji energii, że typ kobiecy i krańcowy kobiecy są bardzo sobie energetycznie bliskie. Psychicznie są 100% kobiety ustrojami o myśleniu przeważnie henidalnem, bez „skrystalizowanej trwale" grupy ja, z fasadą świetnie imitującą psychikę głębi. Wszelka nawet minimalna domieszka psychiki męskiej zmienia wszystko. Fasada nie jest wtedy wszystkim, utrwala się grupa ja i znika myślenie henidalne.

Grupa męska ja w ustroju niewieścim istniejąca obok kobiecej jest zaburzeniem spowodowanym zbyt wielką domieszką męską. Kobieta potrzebuje tylko maleńkiej domieszki, która jej nie zdezorientuje co do płci, tylko nada jej psychice spoistości, wzmocni grupę ja, myśleniu odbierze charakter henidalny. Piknosomik ze 100% męskości jest znowu zbyt bezwzględny, piknosomik już z maleńką przymieszką kobiecości nabiera cech robiących go możliwym do zniesienia dla otoczenia, a nawet budzącym sympatię.

4. Wszystkie te zjawiska zależne są od wzajemnego ustosunkowania grup genów, panowania, czy recesji genów, jako to grupy piknosomicznej, leptosomicznej, cyklotymicznej, schizotymicznej, płciowej męskiej i żeńskiej w łączności z rasą, wpływami etnicznymi, bodźcami inkretorycznymi, warunkami życia i innymi czynnikami.

Piśmiennictwo:

J. Bauer: 1) Die konstituzionelle Disposition zu inneren Krankheiten. 1921. 2) Vorlesungen über allgemeine Konstitution. 1921. Ponadto: Med. Klinik J. 19. 1923. Nr. 13. — T. Bilikiewicz: Zagadnienie życia w świetle zasad psychologii porównawczej. Kraków. 1928. — St. Chmielowski: Zagadn. Rasy. 1934. S. 3. — J. Czekanowski: Zarys antropologii Polski. Lwów 1930. Str. 592. — G. Ewald: Temperament u. Charakter. 1924. — T. Fürst: Methoden der konstitutions-biologischen Diagnostik. 1935. — B. Gięd osz: P. G. L. 1936. 41. — C. Haeberlin: Lebensrythmen und Heilkunde. 1935. — B. Kostkiewicz: P. G. L. 1935. 16. — E. Kretschmer: Körperbau u. Charakter. 1925. — S. Liebhart: P. G. L. 1932. 49. — F. Müller: Konstitution u. Individualität. 1920. — L. R. Müller: Die Lebensnerven. 1924. — K. Pelczar: Zagadn. Rasy. 1932. S. 147. — S. K. Pieńkowski: P. G. L. 1936. 6. — C. Sigaud: La forme humaine. 1914. — Wł. Sterling: Zagadn. Rasy. 1932. S. 3. — Z. Tomanek: P. G. L. 1933. 14.; Gruźlica. Nr. 1. R. VIII. 1933.; P. G. L. 10. 1929, 11 i 47. 1933. — R. Wahle: Entstehung der Charaktere. 1928. — O. Weininger: Geschlecht u. Charakter. 1922.

Dr. Mieczysław SZAJNA. Prym. Szpitala. Kołomyja.

Propidon w leczeniu błonicy.

Ze Szpitala Powszechnego w Kołomyi.
Dyrektor: Dr. Stanisław Kaliniewicz.

Leczenie jakiegokolwiek zakażenia w żyjącym organizmie opiera się na dwu zasadach: zmobilizować jak najenergiczniej obronne siły chorego ustroju, oraz doprowadzić mu jak największą ilość gotowych przeciwciał.

Walka z błonicą, jako schorzeniem, atakującym już organizm, opiera się przede wszystkim na zasadzie drugiej, to znaczy wstrzykuje się jak najwcześniej i jak największą ilość (aż do pewnego *optimum)* surowicy przeciwbłoniczej. Przyjmując, że w zwalczaniu zakażenia decydują jedynie siły obronne organizmu, w każdym przypadku tego schorzenia, obok surowicy przeciwbłoniczej, wstrzykuję równocześnie (nie w tej samej strzykawce) 1—2 cm^3 propidonu (Spiess). Kilkuletnie doświadczenie przekonało mię o wielkiej skuteczności tego leczenia. W kilka godzin po zastrzykach (surowicy i propidonu) dziecko zaczyna odkaszliwać błony; duszność i sinica mijają. Czy korzystne działanie propidonu polega tylko na zmobilizowaniu sił obronnych organizmu, czy też działanie jego (wysoka gorączka) ułatwia rozwinięcie leczniczego wpływu surowicy przeciwbłoniczej, nie da się z całą pewnością rozstrzygnąć. Nawiasem wspomnę, że nie wstrzykuję nigdy poniżej 10.000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej skoncentrowanej (P. Z. H.).

Nie stosowałem nigdy tego leczenia w przypadkach, przywożonych w stanie agonalnym z powodu niedomogi mięśnia sercowego. W przypadkach tych nie wstrzykiwano wcale, lub wstrzyknięto zbyt małą ilość surowicy. Chorzy tacy umierali zwykle po kilku godzinach pobytu w szpitalu.

Dr. Mieczysław SZAJNA. Prym. Szpitala. Kołomyja.

Szybkie badanie histo-patologiczne w praktyce klinicznej.

Ze Szpitala Powszechnego w Kołomyi.
Dyrektor: Dr. Stanisław Kaliniewicz.

Badania histopatologiczne stanowią najcenniejszy środek pomocniczy dla lekarza w zakresie rozpoznania. Dają one bowiem bezpośredni wgląd w schorzały narząd, umożliwiając prawie zawsze ścisłe postawienie rozpoznania.

Od kilku lat stosuję następującą metodę badania histopatologicznego tkanek w przypadkach, gdzie rozpoznania nie można było postawić przy pomocy badania klinicznego i innych pomocniczych badań (np. krwi, promieniami Roentgena i t. d.). Mianowicie po znieczuleniu miejscowym odpowiedniego odcinka skóry wkłuwam w daną tkankę średniej grubości igłę do wstrzykiwań, następnie wydzieram strzępek tej tkanki, aspirując silnie strzykawką Record'a. Uzyskany w ten sposób strzępek tkanki rozcieram na szkiełku podstawowym i barwię — podobnie jak rozmazy krwi — kombinowaną metodą Pappenheim'a.

W ten sposób uzyskane preparaty są zawsze doskonale zabarwione. Komórki, jądra, wodniczki są nader kontrastowe. Dotąd miałem sposobność badań w powyższy sposób następujące tkanki:

1) płuca: nakłucie płuca i badanie uzyskanego strzępka tkanki w przypadkach podejrzanego nowotworu płuc;

2) gruczoły limfatyczne: rozpoznanie różniczkowe między zmianami gruźliczymi a ziarniakiem złośliwym i mięsakiem;

3) śledziona: początkowe postaci marskości śledziony (i wątroby);

4) przerzuty nowotworów złośliwych np. nadnerczaka do kości z rozpadem;

5) w przypadkach operacyjnych, gdzie chodziło o szybką orientację w rodzaju tkanki np. guzy w jamie brzusznej.

Jest jasne, że metoda ta wymaga od badającego biegłości i wprawy w badaniu histopatologicznym. Toteż niejednokrotnie żałowałem, że nie mogę korzystać z pomocy fachowej histopatologa. Ale w tych przypadkach — zwłaszcza, gdzie zachodziło podejrzenie na obecność nowotworu złośliwego — posyłano zawsze wycinek tkanki do badania histopatologicznego. Dotychczas wynik tego badania nie różnił się nigdy od rozpoznania postawionego wyżej podaną metodą.

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 8. 1936.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr. 193. 1936.

Therapia Nova. Nr. 8. 1936. S. Kramsztyk: O antagonizmie witamin i znaczeniu tego faktu dla leczniczego ich stosowania. — J. Olesiński: Mechanizm powstawania i leczenie obrzęku płuc.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 35. 1936.

Prasa Lekarska. Nr. 9. 1936. S. C. Spence: Krzywica. — J. Noir: Ostre pozakaźne zapalenia mózgu u dzieci. — Ed. Maison: Objawy rzekomo-chirurgiczne chorób wewnętrznych. — H. Roger: Rokowanie w neurologii. — J. Purwes-Steward: Narkomania i opilstwo.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 33. 1936. J. Węgierko: Uwagi o istocie i leczeniu cukrzycy w świetle spostrzeżeń własnych. — Paradowski, Rose, Witek, Zalewski: Leczenie schizofrenii insuliną.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Z. 8. 1936.

Nowiny Lekarskie. Z. 17. 1936. J. Zeyland i E. Piasecka-Zeyland: Akcja zapobiegawcza w walce z gruźlicą dziecięcą. — F. Łabendziński: Zmiany wątrobowe w gruźlicy płuc i próba oleeminowa. — W. Tomaszewski: Zagadnienie wpływu witaminy C na trombocyty. — K. Stojałowski: Zagadnienie t. zw. „skazy nowotworowej". — E. Bokser: Serologiczny odczyn reumatyczny w przewlekłych cierpieniach gośćcowych.

OCENY.

Vitamine und Hormone und ihre technische Darstellung. I Teil Ergebnisse der Vitamin und Hormonforschung. Chemie und Technik der Gegenwart herausgegeben von H. Carlsohn. H. BREDERECK. XV Band. Wydanie S. Hirzel, Lipsk 1936. Cena: 6 RM. Stron XI + 101.

Rzecz zaczyna się krótkim ogólnym wstępem o podziale witamin, ich oznaczaniu i nazwach. Po kolei omówiono witaminę A, kompleks witaminy B (B_1—B_7), witaminę C, D. E, H, K, podając działanie, wykazywanie, oznaczanie, występowanie, prowitaminy, otrzymywanie, wzory, syntezę i tej najwięcej poświęcono miejsca. Część fizjologiczno-biologiczna i kliniczna znalazła małe uwzględnienie, dlatego np. przy awitaminozie A nie podano wyczerpująco zmian oczu i pominięto zmiany skórne i inne zmiany systemowe ektodermalne; przy witaminie B nie wspomniano o tak rozległych możliwościach jej stosowania przede wszystkim w neurologii, ani o tem, że hipowitaminoza B_1 może się rozwinąć u dzieci i chorych pozostających na ścisłych specjalnych dietach, albo pod działaniem czynników zwiększających przemianę materii. Braki, których możnaby uniknąć, nie dziwią, gdyż autorowi chodziło o przedstawienie przede wszystkim chemii witamin. Na chemię położono główny i prawie wyłączny nacisk; z racji tej omawiana książka zainteresować może przede wszystkim chemika, chociaż i każdy lekakrz mógłby znaleźć w niej dużo danych godnych uwagi.

Druga część książki obejmuje hormony. Znowu krótki ogólny wstęp, w którym autor zaznacza, że do wykrywania hormonów służą przede wszystkim metody biologiczne, chemiczne zaś są jeszcze na planie drugim. Po kolei omówiono hormony płciowe męskie t. j. grupę androsteronu (androsteron, dehydroandrosteron, testosteron, adrenosteron), w skład której wchodzą hormony otrzymane z moczu, z wyciągów jąder i z nadnerczy; hormony płciowe żeńskie t. j. grupę oestronu (oestron cz. alfa-folikulina, oestriadol cz. dihydrofolikulina, oestriol, beta-folikulina, delta-folikulina, equilina, equilenina, hippulina) i hormon ciałka żółtego t. j. progesteron. Podano dokładnie syntezę powyższych hormonów, wzory sumaryczne i strukturalne, wspomniano o t. zw. testach Allen-Doisy i Allen-Corner, wreszcie w krótkości omówiono interesująco genezę hormonów płciowych.

Podobnie zwięźle przedstawiono insulinę, adrenalinę, kortynę, tyroksynę i inne ciała hormonalne tarczycy, parathormon, hormony przysadki mózgowej: płatu przedniego, tylnego i środkowego. Grasica, szyszynka, hormony sercowe i naczyniowe (kalikreina, wagotonina, angioksyl i i.), hormon śluzówki jelita — sekretyna, czynnik przeciw niedokrewności złośliwej, wreszcie hormony roślinne (auksin a i b, heteroauksin) znalazły także w tej książce krótkie omówienie.

Sam tekst obejmuje 82 stron druku, resztę zajmuje treść, spis autorów z podaniem źródeł piśmienniczych osobno dla rozdziału o witaminach (164 pozycyj), osobno dla rozdziału o hormonach (pozycje od 165—341) i alfabetyczny spis rzeczy.

W całości przedstawia ta krótka praca dzisiejszy stan nauki w dziedzinie witaminologii i hormonologii. Terminologia najnowsza, zalecona niedawno przez międzynarodowe komisje witaminowo-hormonalne Ligi Narodów (folikulina = oestron, hormon ciałka żółtego = progesteron, hormon płciowy męski = androsteron i t. d.).

B. Gi̧edosz (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologia.

Badania układu siateczkowo-śródbłonkowego (R. E. S.). G. PITTALUGA. Bulletin de l'Academie de Médicine de Romanie. T. I. Nr. 3.

W skład R. E. S. wchodzą wedle autora następujące komórki: 1) prawdziwe komórki siateczkowe (grudki chłonne gruczołów, śledziony, szpiku); 2) komórki śródbłonkowe wyścielające zatoki i kapilary gruczołów (wątroby, śledziony, grasicy, prawdopodobnie wszystkich gruczołów dokrewnych a także płuc; 3) częściowo elementy śródbłonkowe układu włośniczek całego ustroju; 4) elementy tkanki łącznej około naczyniowej pericyty i zdolne do leukopoezy histiocyty; 5) fibrocyty; 6) komórki glejowe układu nerwowego. Do zakresu czynności komórek R. E. S. należy a) granulopeksja (fagocytoza, makrofagia), b) erytroleukopoeza, c) wytwarzanie zaczynów śródkomórkowych, d) regulacja stężenia drobinowego środowiska wewnętrznego (czynność diatoniczna). Autor przyjmuje następującą klasyfikację schorzeń R. E. S.: 1) przez A. terminem hemodystrofii określone choroby dziedziczne i wrodzone, należą tu hemofilia, żółtaczka hemolityczna, niedorozwój konstytucjonalny naczyń Osler-Kurtius i t. d. 2) Choroby komórek R. E. S. a) choroba Gauchera, b) Nieman-Picka, c) Schiller-Christiana, d) lipoidozy miejscowe, e) prawdopodobnie matołectwo rodzinne ze ślepotą, choroba Tay-Sachsa. 3) Choroby zakaźne i pasożytnicze z wczesnym umiejscowieniem i uszkodzeniem R. E. S. (Leischmaniosa, malaria, syfilis, posocznice). 4) Choroby zakaźne i pasożytnicze z wtórnym uszkodzeniem R. E. S. (np. pneumokoniozy). 6) Procesy zapalne swoiste (jak ziarnica złośliwa, ziarnice kiłowa i gruźlicza). 7) Choroby krwi wywołane uszkodzeniem R. E. S.: retikulo-endoteliozy białaczkowe. 8) Sprawy nowotworowe R. E. S.

St. Rawicz (Morszyn).

Kwas solny i ruchy żołądka. C. C. DIMITRIU i T. TANASOCA. Bulletin de l'Academie de Médicine de Romanie. T. I. Nr. 3.

Rejestrując ruchy żołądka wiscerografem Danielopolu autorzy stwierdzają zupełną niezależność czynności wydzielniczej i ruchowej żołądka. *St. Rawicz* (Morszyn).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

O działaniu Prominalu i Luminalu w ciężkiej padaczce. W. HEYDE. Klin. Woch. Nr. 45. Str. 1874. 1932.

Autor badał działanie kliniczne Prominalu i porównywał je z Luminalem, najlepszym dotychczas środkiem przeciw padaczkowym. Autorowi nie zależało w swych badaniach na ustaleniu dawek najodpowiedniejszych dla poszczególnych przypadków lub wogóle na wypróbowaniu indywidualnego leczenia, lecz chciał za pomocą szeregu jednakowo leczonych przypadków uzyskać pewne podstawy liczbowe do oceny wartości leczniczej Prominalu. Chodziło bez wyjątku o bardzo ciężko chorych, poddawanych od szeregu lat leczeniu zakładowemu, którzy z powodu częstych napadów i zmian psychicznych nie mogli pozostawać w swym dawniejszym otoczeniu. Autor opisuje szczegółowo sposób leczenia chorych. Prominal podawano wogóle w trojakim dawkowaniu, mianowicie po 0,1, 0,15 i 0,2 g dziennie. Jak wynika z tabeli, liczba napadów obniżyła się znacznie wskutek leczenia Prominalem. Swym działaniem na napady kurczowe Prominal conajmniej nie ustępuje Luminalowi, przewyższa go jednak znacznie z powodu bardzo małych działań ubocznych. Ogólny stan psychiczny chorych wykazywał podczas leczenia Prominalem znacznie mniej zaburzeń jak podczas leczenia Luminalem, po którym u wszystkich chorych zauważono działania uboczne na stan psychiczny. Wprowadzenie Prominalu do lecznictwa można dlatego uważać za istotny postęp w leczeniu padaczki.

J. Bader (Warszawa).

Plomba zewnątrz-opłucna w leczeniu górnopłatowych jam gruźliczych. H. ROŻNOWSKA. Gruźlica. R. X. Nr. 4.

Autorka omawia zasady, wskazania i technikę zakładania plomb zewnątrz-opłucnych. w leczeniu gruźlicy, przytaczając dla ilustracji własne spostrzeżenia dotyczące 10 przypadków. U 2 z tych chorych otrzymano wynik bardzo słaby, w 1 przypadku zabieg pozostał bez wpływu, w 2 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne późne, jeden przypadek pozostaje jeszcze nadal w obserwacji oddziałowej, o pozostałych wreszcie 4 przypadkach brak jakichkolwiek wiadomości, chorzy bowiem nie zgłosili się do kontroli. *A. Donhaiser* (Katowice).

O zapaleniu płatowym płuc, gruźliczym. Z. SZCZEPAŃSKI. Gruźlica. R. X. Nr. 4.

Na podstawie piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń, autor omawia zapalenia płatowe płuc gruźlicze, dochodząc do wniosku, że zmiany te są postacią suchot płuc o swoistym przebiegu, zazwyczaj przewlekłym, cechującym się charakterystycznym obrazem rentgenologicznym. Najczęściej dotkniętym jest tą sprawą płat górny prawy, przy czym z czasem mogą powstać przerzuty w przeciwnym płucu, rzadziej po tej samej stronie.

A. Donhaiser (Katowice).

Przepuklina przeponowa. ST. FLIS i M. WERHENTHIN. Gruźlica. R. X. Nr. 4.

Autorzy opisują przypadek przepukliny przeponowej rzekomej u osobnika l. 17, powstałej prawdopodobnie na skutek urazu doznanego w 4 roku życia.

Przepuklina ta nie dawała wybitniejszych objawów podmiotowych, przedmiotowo natomiast nasuwała podejrzenie odmy piersiowej, powikłanej wysiękiem. Szczegółowe badanie rentgenologiczne z użyciem papki kontrastowej pozwoliło na definitywne rozpoznanie choroby. Na podstawie opisanego przypadku, autorzy omawiają przyczyny powstania przepuklin przeponowych, ich różniczkowe rozpoznanie, powikłania i wskazania lecznicze.

A. Donhaiser (Katowice).

Stosowanie Androstiny w melancholii. J. MOCHIDA. Naigai Chiryo. Nr. 4. 1935.

Prof. Dr. J. Mochida, dyrektor szpitala w Imaharu, leczył chorego dotkniętego ciężką melancholią i pozbawionego pociągu płciowego. Zastosowanie 60 wstrzyknięć Androstiny w ciągu 3 miesięcy dało zupełne wyzdrowienie. Prócz Androstiny stosowano jeszcze makowiec i preparaty tarczycy.

F. Mikulska (Warszawa).

Cucenie topielców. H. RAUTMANN. Die Medizinische Welt. R. 9. Nr. 19. Str. 632. 1935.

Na pytanie pewnego lekarza, czy przy ratowaniu topielców, będących w stanie zamartwicy celowa jest tracheotomia, autor zapowiada, że bardziej wskazane jest w tych przypadkach dosercowe wstrzyknięcie koraminy. Zastrzyk należy wykonać do prawego serca, ponieważ, według badań Aschoffa, u człowieka prawe serce dłużej pozostaje pobudliwe od lewego.

W. Kurowski (Warszawa).

W sprawie leczenia powikłań po narkotycznych. M. DOSS. Zentralblatt f. Chir. Nr. 16. 1935.

Od kilku lat stosowana bywa koramina do zwalczania i zapobiegania powikłaniom po narkotycznym, przy czym nigdy nie zawiodła ona w najgroźniejszych przypadkach. Autor cytuje kilka najbardziej charakterystycznych przypadków.

1) 16-letnia dziewczyna przywieziona była na Oddział z obrzmieniem obustronnym gruczołów podszczękowych. Kilka godzin potem wystąpiły trudności w oddychaniu, z sinicą i zaburzeniem świadomości, wreszcie po kilku minutach oddech ustał zupełnie. Udało się stwierdzić silne obrzmienie nagłośni oraz obrzęk głośni. Natychmiastowa tracheotomia mimo drożności tchawicy nie przywraca oddychania; tętno na obwodzie ledwo wyczuwalne. Wstrzyknięto dożylnie 5 cm^3 koraminy. W kilka minut po tym wrócił oddech a sinica ustąpiła, zaburzenie świadomości istnieje jednak nadal. Po 20 minutach oddech znowu ustaje z jednoczesnym wystąpieniem sinicy. Powtórny zastrzyk 5 cm^3 koraminy, doprowadził do szybkiego ustąpienia sinicy; oddech staje się prawidłowy, świadomość powoli wraca. W ciągu następnej nocy wystąpiły jeszcze 2-krotnie zaburzenia w oddychaniu i za każdym razem z najlepszym wynikiem stosowano po 5 cm^3 koraminy dożylnie, ogółem zatem w ciągu 12 godzin chora otrzymała 20 cm^3 koraminy. Następnego dnia stwierdzono normalny stan nagłośni, usunięto kaniulę, rana zagoiła się w ciągu kilku dni bez powikłań.

2) 65-letni diabetyk z rozległą ropowicą lewej ręki oraz ramienia i przedramienia. Nacięcia dokonano w uśpieniu ewipanowym (6 cm^3). Pod koniec operacji nagłe ustanie oddechu przy zachowanej czynności serca — źrenice wąskie, nie reagują, twarz blada. Sztuczne oddychanie nie zdołało przywrócić oddechu. Wówczas wstrzyknięto 8 cm^3 koraminy mimo, iż przerwano sztuczne oddychanie, wystąpił natychmiast głęboki oddech, świadomość powróciła całkowicie. Drugi zastrzyk nie był już potrzebny.

3) 59-letni mężczyzna w stanie znacznego wyniszczenia z powodu rozległego *Ca. recti.* Po założeniu sztucznego odbytu w okolicy kątnicy, usunięto nowotwór metodą Goetze'go w znieczuleniu lędźwiowym. Po skończonej operacji występują ciężkie zaburzenia w oddychaniu przy zanikającej coraz bardziej akcji serca; źrenice szerokie, nie reagują: zupełna utrata świadomości. Po wprowadzeniu niewielkiej ilości cukru gronowego dożylnie nie nastąpiło polepszenie. Wówczas zdecydowano wprowadzić koraminę wprost do serca; zastrzyk udaje się. W ciągu 2 minut stan utrzymuje się bez zmiany, dopiero po 2 minutach oddech powraca a czynność serca poprawia się. Gdy żyły obwodowe wypełniły się dostatecznie i można było założyć dożylną kroplówkę, stan chorego na tyle się poprawił, że tętno i oddychanie po kilku godzinach było normalne.

Zarówno 3 wyżej wspomniane przypadki, jak i wiele innych zaburzeń w oddychaniu po narkozie oddziaływało na zastrzyk dożylny koraminy powrotem do normalnego oddychania, ustąpieniem sinicy oraz szybką poprawą krążenia.

W. Kurowski (Warszawa).

Cztery lata doświadczeń z perkainą w prywatnej praktyce. NELSE F. OEKERBLAD. The Urologic and Cutaneous Review. T. 38. Str. 5, 322—325. R. 1934.

Autor stosował perkainę wyłącznie do znieczulenia powierzchniowego i znieczulenia błon śluzowych, używał do tego 1°/₀₀ roztworu perkainy w fizjologicznym roztworze soli kuchennej. W ciągu 4 lat nie miał żadnych ubocznych działań ani zawodów. Zastosowanie perkainy w jego praktyce było bardzo różnorakie, czyni więc szczegółowy przegląd wskazań.

1) Wstrzykiwania do miedniczek nerkowych. Po dokonaniu pyelogramu występują często bolesne skurcze miedniczek nerkowych. Wprowadzenie 2 cm^3 1°/₀₀ roztworu perkainy przez zgłębnik moczowodowy przeciwdziała skurczom i usuwa już istniejące.

2) Badanie moczowodów. Wprowadzenie zgłębnika do moczowodu np. celem usunięcia przewężeń, może wywołać stany podrażnienia i skurczów. 1°/₀₀ roztwór perkainy usuwa znakomicie spazm i przedłuża działanie podskórnego wstrzyknięcia morfiny np. przy leczeniu kamieni moczowodowych.

3) Zwalczanie bólów przy kamicy moczowodowej. Masę galaretowatą zawierającą 1°/₀₀ perkainy wprowadza się zgłębnikiem moczowodowym do samego kamienia. Masa znieczula ściany moczowodu, ułatwia ześlizgiwanie kamienia. Autor wielokrotnie stosował ten sposób z najlepszym wynikiem, zapewniając choremu 5—7 godzin absolutnej bezbolesności.

4) Gruźlica pęcherza. Wprowadzenie do pęcherza gruźliczo zmienionego 1°/₀₀ roztworu perkainy na 15—20 minut, pozwala uzyskać znieczulenie, trwające 5—7 godzin i przynoszące choremu wielką ulgę.

5) Owrzodzenia pęcherza. Są to jedne z najbardziej bolesnych cierpień pęcherza, rozwijają się zdradziecko, a przy wziernikowaniu pęcherza często uchodzą uwadze lekarza. Ważnym zadaniem lekarza jest uwolnić chorego od bólów przy tym cierpieniu. Jeśli wypełnić pęcherz 1°/₀₀ roztworem perkainy na przeciąg 20 minut, to można otrzymać stan bezbolesności trwający tygodniami. Nie trzeba dodawać, że jest to leczenie czysto objawowe, nie zaś przyczynowe.

6) Zapalenie pęcherza. Wprowadzenie 1°/₀₀ roztworu perkainy przynosi niemal natychmiastowe polepszenie. Po znieczuleniu pęcherza wprowadza się słaby roztwór lapisu. 1—3 takie zabiegi wystarczą do wyleczenia nawet najuporczywszych przypadków.

7) Zakażenie dwoinkowe (gonokokowe). We wczesnych okresach zakażenia gonokokowego występują u mężczyzn silne bóle wskutek zapalenia cewki i nacieczenia ciał jamistych. Zastosowanie 1°/₀₀ roztworu perkainy jest w tych wypadkach wysoce celowe: nie tylko łagodzi bóle, ale wpływa także na psychikę chorego.

8) Badanie cewki. Wprowadzenie narzędzia do cewki winno być zawsze poprzedzone znieczuleniem. Autor wprowadza zwykłą strzykawką 7 cm^3 1°/₀₀ roztworu perkainy na przeciąg 5 minut; znieczulenie trwa 5 do 7 godzin.

9) *Urethritis posterior acuta.* Schorzenie to, towarzyszące zakażeniu gonokokowemu, sprawia chorym silne bóle i parcie na mocz. Wprowadzenie do tego odcinka cewki roztworu azotanu srebra odczuwają chorzy jak oparzenie. Uprzednie zastosowanie 1°/₀₀ roztworu perkainy pozwala na bezbolesne wprowadzenie roztworu azotanu srebra w dowolnym stężeniu.

10) Kamienie pęcherzowe. Perkaina nadaje się do objawowego leczenia; w tym celu wprowadza się do pęcherza 10 cm^3 1°/₀₀ roztworu perkainy na przeciąg 15 minut.

11) Rak pęcherza. W końcowym okresie choroby cierpią chorzy na silne bóle i trudności w oddawaniu moczu. Wprowadzenie perkainy do pęcherza uwalnia chorych od bólów i bolesnych spazmów. W kilku beznadziejnych wypadkach autor posługiwał się wyłącznie perkainą całymi miesiącami bez uciekania się do morfiny.

Zestawienie: W przeciągu ostatnich czterech lat autor stosował perkainę ponad 5.000 razy w prywatnej praktyce i ponad 2.000 razy w szpitalu, wyłącznie do cewki, pęcherza i miedniczek nerkowych. Nie używał nigdy silniejszych roztworów, niż 1:1000 do znieczulenia w obrębie narządu moczowo-płciowego. Powikłania, jeśli się zdarzają, są najczęściej wynikiem stosowania zbyt stężonych roztworów, za co winę ponoszą wyłącznie sami lekarze. *F. Sienicki* (Warszawa).

O walce internisty z bólami drogą miejscowego znieczulenia. B. PRUSIK. Casopis Lékaru Ceskych. Rocznik 74. Nr. 21. Z. 24. Str. 591. 1935.

Przez wstrzykiwanie rozmaitych środków miejscowo znieczulających, czy w t. zw. pasma Head'a, czy w pień nerwowy, korzonki nerwowe lub w przestrzeń podoponową, bóle dadzą się skutecznie zwalczyć. Autor opisuje zabiegi wstrzykiwania 2‰ roztworu perkainy (czasem z dodatkiem alkoholu) w *ganglia stellata* szyjowego odcinka n. współczulnego w przypadkach dławicy piersiowej *(angin. pectoris)*, dychawicy nerwowej i artretyzmie stawu karkowego. Szczególnie dobre i długotrwałe wyniki osiągnął w dławicy piersiowej, gdy po perkainie wstrzykiwał jeszcze alkohol. Na podstawie naszych wiadomości fizjopatologicznych należy przyjąć, że wstrzykiwania w *ganglia stellata* wskazane są we wszystkich schorzeniach naczyń górnych kończyn oraz w zaburzeniach wydzielania tarczycy w czasie hipertyreoidyzmu.

Autor omawia następnie technikę przykręgowych wstrzykiwań w odcinki piersiowy i lędźwiowy n. współczulnego w *angina pectoris, arteriitis obliterans* dolnych kończyn, gangrenie nóg, zakrzepowym zapaleniu żył, *crises gastriques* i t. p. Także w wymienionych stanach można osiągnąć dobre wyniki, o jakich dotychczas nawet nie marzono.

Wspomniana przez autora metoda wymaga dokładnego opanowania techniki, aby uniknąć błędów, które mogą być źródłem powikłań. *W. Kurowski* (Warszawa).

Syntetyczne przetwory naparstnicy w praktyce pediatrycznej. W. MALAVASI. H. Lattante. Nr. 3. 1935.

Autor na podstawie doświadczenia Kliniki Pediatrycznej w Bolonii podaje krótkie zestawienie farmakologicznego działania naparstnicy na różne narządy, jak również wskazania i dawkowanie preparatów naparstnicy. Po krótkim opisie przez niego stosowanych sposobów przechodzi do oceny znajdujących się w handlu preparatów naparstnicowych: digitalin, digalen, digifolina, digiton i digipurat. Z tych preparatów digifolina i digipurat okazują się najodpowiedniejszymi dla praktyki dziecięcej. O digifolinie wyraża się autor jak następuje: „digifolina okazała się w moich doświadczeniach jak najdoskonalsza w leczeniu dzieci, gdzie było wskazanie leczenia naparstnicą; wykazywała szybkie, silne i pewne działanie. Może być podawana tak doustnie jak i poza jelitowo i nie powoduje najmniejszych objawów ubocznych".

Digitalin i digalen wykazują również dobre, ale nieco słabsze działanie. Digiton jest to silny i niezawodny preparat, wykazuje jednak pewne kumulacyjne działanie i musi być u dzieci z pewną ostrożnością stosowany. Wogóle u dzieci w dawkowaniu przetworów naparstnicy należy być zawsze ostrożnym.
F. Mikulska (Warszawa).

Leczenie siarką niedomogi wątrobowej i schorzeń gorączkowych. P. NICOLESCO, D. HERESCO, C. STRATY. Bulletin de l'Academie de Médicine de Romanie. T. I. Nr. 3.

Wątroba jest narządem najbogatszym w aminokwas glutation, zawierający siarkę. Glutation łatwo się utlenia i przez kondensację przechodzi w formę dwutiolową; reakcja ta jest odwracalna i przez redukcję powstaje z dwutiolu glutation. Miąższowe schorzenia wątroby powodują obniżenie się poziomu glutationu we krwi. Również i schorzenia gorączkowe powodują obniżenie poziomu tego ciała o blisko 30%. Podawanie siarki koloidalnej w ilości 1—2 cm^3 w zastrzyku, podnosi poziom glutationu we krwi. Autorzy podawali siarkę w 24 przypadkach chorób wątroby, obserwując wzrost poziomu glutationu. Efekty lecznicze nie są podane w niniejszym artykule. Według autorów siarka jest czynnikiem zwalczającym niedomogę wątroby w sposób przyczynowy. Dalsze badania w toku.
St. Rawicz (Morszyn).

Chirurgia, położnictwo i ginegologia, stomatologia.

Elektro-chirurgia szyjki pęcherza moczowego i gruczołu krokowego. A. MOTZ. Medycyna. Nr. 9. 1936.

Przyczyny, powodujące zaburzenia w oddawaniu moczu, co składa się na obraz t. zw. prostatyzmu, mogą być miejscowe t. j. dotyczące śluzówki szyjki pęcherza, gruczołów podśluzowych, części sterczowej cewki, wewnętrznego zwieracza pęcherza, samego gruczołu krokowego oraz ogólne, prowadzące do zaburzeń w unerwieniu pęcherza. W grupie pierwszej można rozróżnić 3 typy zmian, prowadzących do utrudnionego oddawania moczu — i to gruczolak około cewkowy (mylnie zwany *hypertrophia prostatae)*, rak stercza i przemiana rakowata gruczolaka okołocewkowego, oraz różne zmiany anatomiczne w zakresie szyjki pęcherza, dające obraz t. zw. *maladie du col* (Marion). Zmiany te niezależnie od tła prowadzą do twardego, często obrączkowatego zgrubienia szyjki pod postacią poprzecznego wału i to w jej tylnej części, co utrudnia rozluźnienie zwieracza wewnętrznego, warunkujące rozwarcie szyjki pęcherza.

Autor omawia stronę techniczną operacji t. zw. *punch,* wprowadzonej po raz pierwszy przez Yunga w r. 1911, następnie udoskonalonej zwłaszcza pod względem narzędzi. Zabieg w powyższych schorzeniach polega na częściowym lub zupełnym wycięciu zgrubienia szyjki przy użyciu prądu elektrokoagulacyjnego, przez drogę fizjologiczną t. j. przez cewkę moczową. Wskazaniami do tego zabiegu są: niewielkie zaległości moczu (do 100 cm^3), przerosty gruczołu krokowego, które ze względu na zły stan ogólny chorych, dają przeciwwskazanie do operacji radykalnej, w końcu gruczolaki niewielkich rozmiarów. Gruczolaki duże, łatwo krwawiące, podejrzane o przemianę rakową, istniejąca równocześnie kamica nerkowa, dają wskazania do prostatektomii.

Operacja powyższa — mimo istniejących powikłań po operacyjnych (krwawienia, zakażenia), jest stosunkowo mała, dając niewielki procent śmiertelności. Na korzyść jej przemawiałaby statystyka Cabota z kliniki Mayo (Rochester), podająca 57 zejść śmiertelnych na 600 prostatektomij (9.5%), gdy na taką samą ilość operacyj *punch* zgonów było tylko 8 (1.3%). Słabą natomiast stroną tego zabiegu jest jego trudność; wymaga on wielkiej biegłości w uretroskopii i w stosowaniu zabiegów elektro-koagulacyjnych, wykonywanych zwłaszcza na pęcherzu i cewce moczowej. W każdym razie, operacja ta jest metodą uzupełniającą i prostatektomię i wycięcie szyjki pęcherza.
St. Malczyński (Lwów).

Badania celem polepszenia wyników operacyjnych wszczepiania moczowodów do przewodu pokarmowego. C. REIMERS. Zeitschr. f. chir. Urologie. T. 41. Z. 1. 1935.

Na podstawie szeregu doświadczeń z wszczepianiem moczowodów u zwierząt, autor dochodzi do następujących wniosków:

Wszczepienie moczowodów do górnego odcinka przewodu pokarmowego (powyżej *valvula ileocaecalis)* prowadzi stale do śmierci, poprzedzonej mocznicą prawdziwą, a nie eklamptyczną. Można ten proces powstrzymać przez wszczepienie moczowodów do skóry. Jednostronne wszczepienie nie daje objawów chorobowych. Im wyżej wszczepia się moczowód i im dłuższą drogę przez jelita mocz odbywa, tem większe następuje nagromadzenie się ciał moczowych we krwi, tem wyższy staje się poziom RN. co prowadzi do śmierci.

Przy wszczepianiu moczowodów do kiszki grubej, o ile drogi moczowe nie są zakażone, nie przychodzi do objawów mocznicowych. Niektórzy przyjmują, że i tu przychodzi do wtórnej resorbcji ciał nagromadzonych w moczu. Znaczenie jednak jej jest małe.

U ludzi należy wszczepiać moczowody tylko do kiszki grubej i to tak nisko, by można było każdej chwili rektoskopowo oglądnąć ich ujścia. *St. Malczyński* (Lwów).

Przemieszczenie moczowodu do przewodu pokarmowego. (Przyczynek do polepszenia wyników operacyjnych zespolenia moczowodowo-kiszkowego). C. REIMERS. Zeitschr. f. chir. Urologie. T. 41. Z. 1. 1935.

Przy poprzecznym przecięciu moczowodu, jego odcinek dystalny w zetknięciu się ze środowiskiem kiszki grubej, w obecności drobnoustrojów i wskutek zaburzeń w unaczynieniu, narażony jest na stany zapalne, prowadzące często do jego martwicy. W tym tkwi także źródło zakażenia nerek, rozluźnienia szwów, zapalenia otrzewnej. Autor często rektoskopowo stwierdzał taką martwicę wszczepionego moczowodu. W pomyślnych przypadkach ogranicza się ona do małej przestrzeni, poczem przychodzi do wytworzenia się twardej blizny, dającej zwężenie samego ujścia. Celem uniknięcia tego powikłania, autor podaje swoją metodę t. zw. przemieszczenia moczowodu. Polega ona na tem, że po odpreparowaniu moczowodu na pewnej przestrzeni, bez naruszania jego ciągłości, wszczepia się go do kiszki grubej metodą Coffey'a, a po kilku tygodniach (po uzyskaniu dokładnego zrostu) przecina się moczowód przez kiszkę. Autor podając dokładnie techniczną stronę powyższej modyfikacji zwraca uwagę na dobre wyniki, uzyskane tym sposobem na materiale zwierzęcym. *St. Malczyński* (Lwów).

O bólach newralgicznych nerki. B. N. CHOLZOFF. Zeitschr. f. chir. Urologie. T. 41. Z. 1. 1935.

Pod pojęciem bólów newralgicznych nerki (nefralgii) rozumie autor bóle nerek bez możności stwierdzenia jakichkolwiek zmian organicznych w nich samych. Powstają one jako objaw spastyczny, będący wyrazem zaburzonego unerwienia i to w zakresie przede wszystkim samej torebki nerkowej. Zmiany jej powstawać mogą na tle zakażenia, zapalenia, krwawienia podtorebkowego, które dają podrażnienia zakończeń nerwów czuciowych, prowadzącego często do stanów naczynio-skurczowych. W dalszym ciągu tego rodzaju zaburzenia nerwowo-naczyniowe bez wątpienia prowadzić mogą do stanów niedokrwienia, zawałów, hematurii, a więc już do zmian organicznych. Źródłem bólów nerkowych jest zasadniczo podwyższenie ciśnienia wśródnerkowego. Przy powolnym jego narastaniu może być brak bólów; tem się tłumaczą stany wodonercza, albo niektórych postaci zapalenia nerek, przebiegających bez bólów.

W leczeniu bólów newralgicznych nerek i to w przypadkach świeżych, może oddawać dobre usługi atropina i belladonna, działające na mięśnie gładkie i *calcium chloratum* przez zmniejszanie pobudliwości wegetatywnego systemu nerwowego. Ostatecznie pozostaje *decapsulatio*, lub odnerwienie.

St. Malczyński (Lwów).

O przebiciu kamieni moczowych. H. HAMMEL. Zeitschr. f. chir. Urol. T. 41. Z. 1. 1935.

Przerwanie ściany narządu moczowego przez napierający kamień i wydostanie się go w otaczające system moczowy sąsiedztwo, jest znane z opisów Gottsteina, Frenkla, a w nowszych czasach z prac Liona, Blocka i Weisera. W tych przypadkach tworzą się zazwyczaj ropnie, bez przetok, gdyż najczęściej kamień wolno posuwający się zamyka je. Autor opisuje 2 b. interesujące przypadki. W pierwszym kamień po kilku atakach kolki nerkowej przebił ścianę moczowodu, obniżył się b. znacznie, bo aż w okolicę krętarza, gdzie wywołał ropień, rozpoznawany początkowo jako ropień opadowy. Podobnie w drugim przypadku, kamień przebiwszy miedniczkę nerkową, wywołał naprzód ropień około nerkowy, poczem zawędrowawszy w okolicę krętarzową, wytworzył nowy ropień. (Na zdjęciu rentgenowskim stwierdzono połączenie przetoki około nerkowej z jamą ropnia na udzie). Godnym uwagi u tych chorych jest poprzednie zakażenie durem, co mogło by może wskazywać na pewien związek między ciężkością schorzenia, a ułatwieniem powstawania kamieni. W rozpoznaniu różniczkowym między ropniem opadowym, a wywołanym przez kamień moczowy, należy podkreślić to, że w pierwszym rentgenologicznie stwierdza się zmiany w zakresie sąsiednich kręgów, w drugim natomiast przypadku przy braku ich, często (chociaż nie zawsze) obecność kamienia. Brak naturalnie prątków w ropie nie przemawia jeszcze za ropniem na tle kamienia i nie wyklucza ropnia opadowego.

St. Malczyński (Lwów).

Polip moczowodu. W. POLLAK. Zeitschr. f. chir. Urologie. T. 41. Z. 1. 1935.

Autor opisuje rzadki przypadek polipa, który początkowo wyglądał na zwyczajny polip cewki, dopiero przez badanie cystoskopowe okazał się tworem wychodzącym z prawego ujścia moczowodowego. Z ujścia cewki wystawał na 4 cm. Na przekroju był okrągły, średnicy około 4 mm, barwy czerwonej, o gładkiej powierzchni, spoistości średnio twardej. Badanie histologiczne wykazało obrzęk i obfitość naczyń w tkance usuniętej, co przemawia za prawdziwym utkaniem polipowatym.

Polip usunięto na drodze pęcherzowej przez elektrokoagulację.

St. Malczyński (Lwów).

Wartość III metody wszczepiania moczowodu do kiszki grubej według Coffey'a. D. SSOLOWOFF. Zeitschr. f. chir. Urologie. T. 41. Z. 1. 1935.

Zasada III modyfikacji metody Coffey'a polega na wszczepieniu przeciętego i podwiązanego moczowodu katgutem do kiszki grubej. Po pewnym czasie (2—3 dni) wskutek częściowej resorbcji katgutu następuje zwolnienie zamknięcia moczowodu i wytworzenie się, w rodzaju przetoki, połączenia światła moczowodu ze światłem kiszki. Na podstawie badań, autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Metoda III Coffey'a nie jest ani nową, ani oryginalną. Jest tylko powtórzeniem myśli dawnych, jeszcze z r. 1887 i 1898, zastosowanych w zespoleniu żołądkowo-jelitowym.

Metoda ta nie daje pewności wytworzenia się zespolenia w odpowiednim czasie (mocz nieraz nie wydzielał się do 100 godzin) i odpowiednim rozmiarze.

3) Nie zabezpiecza przed powikłaniem zapalenie otrzewnej.

4) Daje powikłania ze strony górnych odcinków.

5) Wobec spostrzeżeń powyższych nie powinna być stosowana u ludzi.

St. Malczyński (Lwów).

W sprawie nerki cystowatej. O. MAYER. Zeitschr. f. chir. Urologie. T. 41. Z. 1. 1935.

Przy podejrzeniu o taką nerkę, autor poleca wykonać wszystkie dodatkowe badania, kładąc największy nacisk na pyelografię. W razie stwierdzenia tego schorzenia, należy nerkę usunąć, naturalnie przy wykazaniu zupełnej sprawności drugiej nerki. Pewne rozpoznanie tego schorzenia dotychczas zapada najczęściej dopiero na stole sekcyjnym.

St. Malczyński (Lwów).

Urologiczny model stołu wraz z aparatem Rentgenowskim. F. REISCHAUER. Zeitschr. f. chir. Urologie. T. 41. Z. 1. 1935.

Autor podaje model stołu do równoczesnego badania urologicznego i zdjęć rentgenowskich. Zaletą jest możność zmieniania pozycji chorego. Górna płyta tego stołu wykonana jest z t. zw. Pertinaksu, przepuszczającego promienie X. Do stołu wmontowany jest aparat rentgenowski, którego lampę można rozmaicie ustawiać. Poniżej płyty stołu umieszczono bardzo precyzyjnie działającą zasłonę elektryczną Siemensa, pozwalającą na zdjęcia odpowiedniego miejsca. Modele takich stołów są już wyrabiane we Wrocławiu.

St. Malczyński (Lwów).

Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego w wieku podeszłym. I. BORKOWSKI. Warsz. Czas. Lek. Nr. 16. 1936.

Obraz kliniczny ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u osobników w wieku lat 50 jest niejednolity. Występuje niestała, ograniczona wrażliwość uciskowa w prawym dole biodrowym, zazwyczaj słabo zaznaczony opór mięśniowy, zwykle nieznaczne podwyższenie ciepłoty przy mało zmienionym tętnie. Do osobliwości przebiegu klinicznego należy ostra, całkowita niedrożność jelit, jako pierwszy objaw oraz naciekowe zapalenie wyrostka o zewnętrznych cechach nowotworu.

Wobec nader wątpliwych wyników leczenia zachowawczego wkracza się na Oddziale dr. Wertheima czynnie w przypadkach, nasuwających zaledwie podejrzenie ostrego, rozpadowego zapalenia wyrostka. Przeciwwskazanie stanowi cukrzyca, marskość wątroby oraz przewlekła nerczyca. Do poprawy wyników operacyjnych przyczynia się zastosowanie znieczulenia miejscowego zamiast uśpienia ogólnego, uodpornianie ustroju przeciw jadom bakteryjnym przez podawanie 30—60 cm^3 surowicy wielowartościowej oraz naświetlanie jelit promieniami poza fiołkowymi sposobem Hawliczka.

Na 36 operowanych zmarło 10 t. j. 28%; odsetek znaczny. Rozpaczliwie przedstawia się śmiertelność w przypadkach zaniedbanych, powikłanych z ostrym ropnym zapaleniem otrzewnej. Dane powyższe przemawiają za doraźnym czynnym wkraczaniem nawet u osobników w wieku podeszłym.

H. Weber (Lwów).

Argyria uteri. GELLHORN G. Am. Journ. of Obst. and Gyn. Vol. 31. 4. 1936.

Zmiany powstające w macicy w przebiegu srebrzycy ogólnej nie były dotąd opisane. Autor miał sposobność wykonania nadpochwowego odcięcia macicy u chorej ze srebrzycą ogólną, powstałą wskutek przewlekłego zażywania azotanu srebra. Badania histologiczne wyciętej macicy wykazały, że cząsteczki srebra mające postać bardzo delikatnych czarnych ziarenek, były usadowione głównie w mięśniówce średnich i dużych naczyń krwionośnych, oraz wśród włókien łącznotkankowych warstwy mięśniowej macicy. W nabłonku śluzówki cząsteczek srebra nie wykazano. Tkanki dotknięte srebrzycą nigdzie nie okazywały odczynu zapalnego.

W srebrzycy macicy spotyka się zatem zmiany, charakterystyczne dla srebrzycy innych narządów.

St. Koczorowski (Lwów).

Doświadczenia z nowymi środkami znieczulającymi na klinice chirurgicznej Uniwersytetu w Szegedzie. TROJAN E. Orvosi Hetilap. Nr. 47. 1932.

Autor przeprowadza uśpienie awertyną, przy czym daje 0,08 g awertyny na kg wagi ciała. W razie niezupełnej narkozy podtrzymuje uśpienie za pomocą dopełniającego usypiania eterem lub działaniem miejscowych środków znieczulających. Dla miejscowego znieczulenia autor stosuje roztwór 0,5‰ perkainy, którą uznaje za nieoceniony środek. Jako pewny środek dla przerwania narkozy awertynowej, w razie wystąpienia powikłań, autor zaleca stosowanie koraminy.

Z. Kuśnierczyk (Warszawa).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 29 października 1935 roku.

1. Kol. Manczarski A. *przedstawił i omówił „Ciało obce w przełyku — śmierć w wannie"* (streszczenie własne).

Dnia 24. XII. 1934 r. pewien osobnik został przywieziony do jednego ze szpitali warszawskich z ciałem obcem w przełyku. Choremu zastrzyknięto 0,02 g pantoponu. Rano chory udał się do łazienki, rozebrał się i wszedł do wanny, gdzie po 5 minutach został znaleziony w stanie nieprzytomnym. Wszelkie stosowane zabiegi okazały się bezskuteczne, chory zmarł. Sekcja zwłok dokonana dnia 28. XII. 1934 r. wykazała kawałek płaskiej kości o wymiarach 27 × 25 × 6 mm tkwiącej w przełyku tuż poniżej wejścia do krtani, powierzchowną rankę w śluzówce przełyku o wymiarach 25 × 1 mm, obrzęk i zasinienie głośni, obrzęk płuc, przekrwienie narządów wewnętrznych, krew płynną w sercu i w naczyniach.

Autor tłumaczy śmierć w danym przypadku na drodze odruchowej.

Rozprawy: Kol. Grzywo-Dąbrowski W. (członek T-wa), (streszczenie własne). Przedstawiony przypadek jest niezmiernie rzadki w naszej praktyce sądowo-lekarskiej i dlatego tak nas zainteresował. Mieliśmy przypadki zaduszenia kęsem pokarmu, co się tłumaczy zgnieceniem wejścia do krtani, ale takiego przypadku dotychczas nie spostrzegaliśmy. W piśmiennictwie są opisane podobne przypadki, ale należą do rzadkości. Znajdowaliśmy na sekcjach kawałek rękawiczki w przełyku lub inne ciała obce, ale w tych przypadkach ludzie umierali natychmiast wśród objawów uduszenia. Śmierć w przypadkach podobnych do przedstawionego tłumaczona bywa odruchem, spowodowanym przez ucisk na gałązkę nerwu błędnego. Powstaje pytanie, dlaczego w wannie nastąpiła śmierć. Możliwe, że w związku z nagłemi ruchami kaszlowemi kość bardziej zagłębiła się w przełyk, nastąpiło większe zadrażnienie i ostatecznie działanie odruchowe. Z punktu widzenia odpowiedzialności sądowej przypadki tego rodzaju mają duże znaczenie.

Kol. Karbowski B. (członek T-wa), (streszczenie własne). Przypadek przedstawiony zdarzył się na Oddziale Laryngologicznym Szpitala Żydowskiego na Czystem. Jest on dużem przeżyciem dla kierownika Oddziału. Zadaję sobie pytanie, czy postępowanie lekarza w tym przypadku było prawidłowe, czy też nie. Osobnik przyszedł na Oddział w stanie silnego podniecenia. Pierwszem zadaniem było uspokoić chorego i przywrócić do równowagi psychicznej. W tym celu wstrzyknięto mu pantopon. Pod wpływem środka znieczulającego bardzo często następuje rozkurcz przełyku i ciało obce przechodzi do żołądka; jeśli przystępujemy do usunięcia tego ciała, to zabieg jest wtedy łatwiejszy. W omawianym przypadku nie było wskazań do natychmiastowej pomocy lekarskiej ze względu na brak duszenia się i brak krwotoku. Kilka miesięcy temu został przesłany na Oddział osobnik, który połknął obce ciało. Jeszcze przed zabiegiem okazało się, że ciało obce (branzoletka) przeszło już do jelit; następnie wyszło ono drogami naturalnemi. Badanie rentgenowskie ma w tych przypadkach duże znaczenie. Może ono nam wskazać, z jakiem ciałem mamy do czynienia, gdzie się ono znajduje, czy niema przeciwwskazań do zabiegu i czy dany przypadek nie wymaga szczególnych ostrożności.

Pewnego razu zostałem wezwany do przypadku, w którym była duszność. Chorego skierowałem na Oddział Chirurgiczny. Po dwóch godzinach chory dostał krwotoku i zmarł; okazało się, że kilak zniszczył tętnicę główną. Ponadto kol. Karbowski podaje jeszcze parę przypadków, świadczących, że w każdym przypadku powinno być dokonane dokładne zdjęcie rentgenowskie, a ponieważ w przedstawionym przez prelegenta przypadku rentgenowskiego zdjęcia nie można było dokonać, gdyż była noc, więc czekano do rana. Śmierć w wannie miała miejsce właśnie nad ranem przed dokonaniem zdjęcia rentgenowskiego.

Kol. Pieniążek J., członek T-wa (streszczenie własne). Bez kontroli Roentgena żadnego ciała z przełyku nie należy usuwać. Większość tych przypadków, które tak gwałtownie w warunkach nieodpowiednich operowano, kończy się śmiercią. Ciała obce mogą zalegać bardzo długo w przełyku, a w każdym razie tak długo, póki racjonalna pomoc stanie się możliwa. Przypominam sobie, jak przywieziono mi chorego, który połknął guzik i dopiero na piąty dzień, bez szkody dla chorego, guzik ten usunięto, natomiast usuwanie ciała obcego na ślepo byłoby sprowadziło śmierć. Najracjonalniejszem postępowaniem jest usunięcie drogą wziernikowania przełyku.

Kol. Skłodowski J., członek T-wa (streszczenie własne). Chciałem przypomnieć przypadek, który się zdarzył na moim Oddziale. Nie należy on do przypadków laryngologicznych, ale jest tu duże podobieństwo, ze względu na warunki śmierci. Był to chory, którego cierpienie nie powinno było nasuwać obawy nagłej śmierci. Miał on objawy *petit mal.* Poleciłem, żeby się nie kąpał bez obecności osoby drugiej. Tymczasem pewnego dnia rano chory poszedł sam do łazienki i wkrótce potem znaleziono go w wannie martwego. Wtedy zrodziło się pytanie, czy to była śmierć z utopienia. Sekcja tego nie wykazała, a była ona ważna ze względu na opinję szpitala i moją. Rozpoznanie sekcyjne brzmiało: *mors thymica.* Grasica wprawdzie nie była wielka, ale z braku innych przyczyn śmierci, takie rozpoznanie mogło być postawione.

Kol. Grzywo-Dąbrowski W., członek T-wa (streszczenie własne). Co do ostatniego przypadku, który przytoczył kol. Skłodowski, to w każdym razie nie mogła to być *mors thymica* u 18-letniego chłopca. Śmierć grasiczą rozpoznaje się wtedy, jeśli się nie zna właściwej przyczyny.

Chciałbym, żeby laryngolodzy się wypowiedzieli i wyjaśnili, czy można w ten sposób na drodze odruchowej tłumaczyć sobie śmierć w przypadku, który nam referent przedstawił.

Kol. Szymański St., członek T-wa (streszczenie własne). Jako lekarze dyżurni Kliniki Laryngologicznej mamy do czynienia z podobnemi przypadkami. Od początku roku bieżącego mieliśmy około 36 przypadków różnych ciał obcych w przełyku. Najczęściej mieliśmy do czynienia z kośćmi. Mniejwięcej w 50% osoby te próbowały już kiedyś targnąć się na swe życie. Sam wyjąłem w 8 przypadkach kość u osób, które się truły. Te wszystkie ciała obce tkwiły w jednym ze zwężeń fizjologicznych. Przyznam się, że nie rozumiem mechanizmu podrażnienia nerwu krtaniowego górnego. W przypadkach, które wymieniłem, nie spotkaliśmy się z innemi dolegliwościami poza niedrożnością przełyku. W wieczornych godzinach ciała obce z przełyku bywały zawsze usuwane bez złych następstw dla chorego.

Kol. Karbowski B., członek T-wa (streszczenie własne). W naszym Oddziale też spostrzegano kilkadziesiąt obcych ciał i nie mieliśmy nigdy żadnych powikłań, ale godnem uwagi jest to, co poruszył prof. Grzywo-Dąbrowski: jaka właściwie była przyczyna śmierci? Kość znajdowała się tuż za chrząstką pierścieniowatą. Tam się znajduje nerw krtaniowy górny. U niektórych ludzi, bardzo uczulonych, podrażnienie tego nerwu może spowodować śmierć.

2. Kol. Manczarski A. *przedstawił i omówił „Kule wędrujące"* (streszczenie własne).

Autor omawia trzy przypadki kul wędrujących; w pierwszym przypadku przy postrzale lewej okolicy pachowej stwierdzono przestrzał lewego płuca i tętnicy głównej zstępującej, kulę zaś kalibru 7,65 mm w prawej tętnicy udowej głębokiej; w drugim przypadku przy postrzale brzucha stwierdzono przestrzał jelit cienkich i lewej tętnicy biodrowej wspólnej i znaleziono kulę kalibru 6,35 mm w lewej tętnicy podkolanowej; w trzecim przypadku przy postrzale pleców stwierdzono przestrzał obu przedsionków serca i przegrody międzyprzedsionkowej, kulę zaś kalibru 6,35 mm w lewej tętnicy płucnej. W tym ostatnim przypadku osobnik z przestrzałem obu przedsionków żył 10 dni.

Rozprawy: Kol. Dębicki K., członek T-wa (streszczenie własne). Jeśli na sekcji mamy trudności w znalezieniu kuli, to tem większe ma chirurg, który ma czas pracy ograniczony. Nie zgodziłbym się z przedmówcą, że poszukiwanie pocisków powinno odbywać się w kierunku biegu krwi. Mówca przytoczył przypadek dziewczyny, u której kula przebiła powłoki brzuszne, poprzecznicę, przednią i tylną ścianę żołądka, parę pętli jelit cienkich i wreszcie tylną otrzewną ścienną, a pocisk znaleźliśmy w miednicy małej w okolicy rozwidlenia żyły próżnej dolnej na żyły biodrowe. Pocisk ten znaleźliśmy przypadkowo. Takich przykładów z okresu wojny mamy bardzo dużo. W okresie powojennym w piśmiennictwie francuskiem ogłoszony był przypadek usunięcia pocisku z przegrody międzykomorowej. W przemówieniu swem chciałem podkreślić wielkie trudności, na jakie napotyka chirurg przy poszukiwaniu pocisku.

3. Kol. Walecka H. *omówiła „Wady rozwojowe serca i naczyń" z pokazem preparatów.* (Streszczenie własne).

1. Przypadek serca jednokomorowego u 12-letniego chłopca. Przegroda międzykomorowa przedstawia się w postaci wałka grubości palca umieszczonego na tylnej ścianie serca. Śmierć chłopca nastąpiła wskutek krwotoku do przewodu pokarmowego z pękniętej żyły dolnej części przełyku.

2. Przypadek niezarośniętego otworu owalnego międzyprzedsionkowego u 40-letniego mężczyzny, zmarłego wskutek jakiegoś wypadku.

Rozprawy: Kol. Grzywo-Dąbrowski W., członek T-wa (streszczenie własne). Jest to przypadek o tyle interesujący, że

pomimo tak rzadkiej wady wrodzonej serca, śmierć nastąpiła z przyczyny czysto naturalnej. Chłopiec był ciężko chory. Umarł on niezbyt nagle, ale w warunkach, które wzbudziły podejrzenie śmierci nienaturalnej. Dopiero sekcja dała wyjaśnienie. Jest to pierwszy przypadek jednokomorowego serca w naszej kazuistyce.

4. Kol. Apfelbaum E. *wygłosił odczyt p. t.: „Badania kliniczne zużytkowania tlenu na obwodzie w stanach niedokrwisości różnego pochodzenia"*.

Rozprawy: Kol. Fidler A., członek T-wa (streszczenie własne). Badania kol. Apfelbauma są interesujące ze względu na badanie zagadnienia uwzględniające przemiany fizyko-chemiczne w ustroju.

W pracach naukowych z medycyny wewnętrznej zaniedbujemy może nieco morfologię, ponieważ wydaje się, że nie wnosi ona nic nowego do interesujących nas zagadnień. Z pracy kol. Apfelbauma ograniczę się do tematu, który wydaje mi się godny oświetlenia, t. j. do tak zw. anoksemji tkankowej. Kol. Apfelbaum nie używa pojęcia anoksemji, lecz hypoksemji. Niema takiego stanu, w którym mielibyśmy do czynienia z anoksemją. Musimy się umówić, co nazywamy hypoksemją. Jeśli uznać niedobór tlenu w tkankach, to mam wrażenie, że tego rodzaju oświetlenie sprawy nie odpowiadałoby istocie rzeczy, a jeśli się zwróci uwagę na krzywą oksyhemoglobiny, to się okaże, że przy 180 mm Hg procent Hb waha się około 100, dopiero przy 40 mm ciśnienia częściowego tlenu procent Hb wynosi około 75%. To jest punkt, który zwykle spotykamy u ludzi w niedokrwistości i zaburzeniach w układzie krążenia. Jeśli podniesiemy człowieka na dużą wysokość (12 do 14 tys. metrów), gdzie ciśnienie tlenu wynosi okoł 40 mm a w powietrzu pęcherzykowem jeszcze mniej, bo około 30 mm, to różnica między krwią tętniczą i żylną będzie wynosiła 35%, tak jak zwykle, czyli nie mielibyśmy do czynienia z brakiem tlenu w tkankach, lecz we krwi żylnej i tętniczej. Wobec tego nigdy w ustroju żywym w tkankach nie znajdujemy zmniejszonego ciśnienia tlenu, lecz hypoksemja zawsze musi powstać, o ile zawartość tlenu we krwi tętniczej spadnie poniżej poziomu pewnej granicy, czyli tkanki wymagają pewnego ciśnienia tlenu ze strony krwi tętniczej, aby się nasycić tlenem potrzebnym do życia. Ale jeśli chodzi o stronę teoretyczną zagadnienia, że w tkankach ciśnienie tlenu równa się zeru i że oddawanie tlenu odbywa się nietylko na zasadach fizycznych, różnica między zerem, a ilością tlenu we krwi żylnej jest tak duża, że zawsze tkanki nasycić się mogą tlenem. W tym wypadku chodzi więc o zjawisko hypoksemji, to znaczy o odpowiednio zwiększoną zawartość Hb zredukowanej we krwi tętniczej. Słuszne jest twierdzenie kol. Apfelbauma, iż pojemność tlenu w hemoglobinie nie jest zmienna i nie zależy od bezwzględnej jej ilości, ale od zmienności cząsteczki Hb. Jest rzeczą jasną, że musimy się doszukiwać tej zmienności w jej budowie białkowej. Czy to, co referent wysuwa na plan pierwszy, że mamy do czynienia z duszeniem się tkanek, nie jest niczem innem, jak zaburzeniami spowodowanemi większą ilością Hb zredukowanej w układzie krążenia? Hb utleniona jest silniejszym kwasem, aniżeli Hb zredukowana, a więc musi się to odbić na równowadze kwasowo-zasadowej. Jest to jeden czynnik dotyczący Hb. Istnieje prawdopodobnie jeszcze wiele innych właściwości Hb, których jeszcze nie znamy. Kol. A. słusznie zrobił, że wysuwał swe wnioski z ostrożnością i dyskutował zagadnienia przez siebie poruszane. Zdaje mi się, że nie należałoby ze sprawy krzywej dysocjacji, czy objętości minutowej serca, czy zawartości tlenu we krwi tętniczej czy żylnej robić zagadnienia naczelnego, ale raczej wtórne, które, prawdopodobnie, w razie pogłębienia, okaże się zjawiskiem towarzyszącem. Zaopatrzenie ustroju w tlen jest czynnością, którą możemy zmierzyć. W tym stanie rzeczy nie możemy obecnie mówić, że mieliśmy do czynienia z anoksemją, lecz z hypoksemją. Należy zwrócić uwagę i na to, że jest to jeden z czynników, ale nie czynnik decydujący.

Kol. Apfelbaum E. (streszczenie własne). Chciałem odpowiedzieć kol. F., że inni badacze dochodzą do wniosku, iż ta zmienność cząsteczki Hb decyduje o momentach metabolicznych w dziedzinie cząsteczkowej. Nie należy sądzić, że ta teza wszystko wyświetli. Pojęcie anoksemji tkanek równa się śmierci człowieka. Tkanki na dłuższy czas nie mogą być pozbawione tlenu. Kto się interesował zagadnieniem mierzenia pracy ten wie, że po wysiłku wytwarza się nagłe zapotrzebowanie tlenu. Braku tego nie można wyrównać zaraz, dopiero po pewnym czasie brak się wyrównuje. Ten sam fakt spotykamy w niedokrwistości. Tam ustrój nastawił się na warunki odpowiedniego zużytkowania tlenu, które wystarcza do czynności wegetatywnych. Po większych krwotokach np. z macicy, chore wracają szybko do siebie, ale jeszcze przez czas dłuższy występuje niemożność pokonania pracy z większym wysiłkiem.

Tkanki do wykonania większej pracy muszą mieć paliwo, u człowieka skrwawionego paliwa tego nie mają.

A teraz weźmy zagadnienie przemiany gazowej, którą klinicyści się mało zajmują. Normalna prężność tlenu w układzie żylnym wynosi 40 mm Hg. Jeśli zbadamy nasze przypadki, to widzimy, że mamy do czynienia z hipoksemją żylną. 35% nasycenia tlenu odpowiada 15 do 18 mm Hg. W układzie żylnym prężność zamiast 40 wynosi 15 mm Hg, a prężność ta jest prężnością panującą w tkankach. A więc prężność w tkankach jest bliska zeru. Ta prężność minimalna tkanek istnieje w stanie spokoju. Pojęcie prężności i ilości cząsteczek danego gazu są równoważne. Im większa jest różnica między tlenem krwi tętniczej i żylnej, tem większe mamy spalenie tlenu w tkankach.

Wice-Prezes: *Józef Skłodowski.*
Sekretarz Doroczny: *Al. Pruszczyński.*

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Protokół XXII posiedzenia w dniu 25 listopada 1935 r.
Przewodniczący: Dr. Gustaw Sztolcman.

1. Dr. S. Fedosewicz *przedstawia (z pokazem preparatu anatomo-patologicznego pod mikroskopem) chorą ze Stacji Gruźlicy Skóry przy Wil. Wojew. Tow. Przeciwgruźliczem,* w wieku 25 lat, pochodzącą z okolic Swira, w pow. święciańskim; lekarze, do których chora zwracała się ze swoim cierpieniem, rozpoznawali bądź gruźlicę, bądź kiłę trzeciorzędną (kilaki).

Chora podaje, iż od roku występują u niej bolesne guzki, tworzące owrzodzenia, w nosie, jamie ustnej i gardle oraz ostatnio na wargach sromowych, samoistnie gojące się w ciągu paru tygodni; guzki te nie pozostawiają po sobie blizn. Dodaje przy tym, iż gorączkuje, szczególnie przy pojawianiu się nowych guzków, ciepłota waha się od 37,4° (rano) do 38,6° (wieczór), pozatem miewa bóle brzucha i biegunki.

Przebyła krztusiec, odrę, zapalenie płuc, czyraczność oraz grypę. Dziedzicznie nie obarczona.

Przy badaniu przedmiotowem stwierdza się, iż podstawowym elementem zmian chorobowych, występujących na przegrodzie nosowej, na błonie śluzowej jamy ustnej i gardła oraz na wargach sromowych, jest pęcherz, miejscami jeszcze zachowany, o treści surowiczo-ropnej. Pęcherze te jednak przeważnie uległy już pęknięciu, powodując powierzchowne nadżerki, wyglądem przypominające *aphtae*, miejscami zlewające się, kształtu okrągławego i nieprawidłowego. Na obwodzie świeższych nadżerek widoczne są strzępy pękniętych pęcherzy. Niektóre nadżerki otoczone są różowo-czerwoną obwódką. Gruczoły szyjne, podszczękowe i pachwinowe powiększone. W narządach wewnętrznych zmian chorobowych nie stwierdzono.

Odczyn Pirquet'a (±) wątpliwy, zaczerwienienie o średnicy poniżej 2 mm, odczytany po 48 godz. od czasu wykonania.

Odczyn Wassermanna we krwi przed i po prowokacji ujemny.

Mocz składników patologicznych nie zawiera.

Badanie krwi: a) cytolog. ciał. czerw. 3,750.000; ciał biał. 10.000; Hb 67%; b) wzór Schillinga: B. 0, E. 0, Ml. 0, Mł. 0, P. 19, W. 58, L. 21, M. 2, W. p. = 0,32.

Odczyn Biernackiego: 24 mm/godz.

Histopatologiczne badanie skrawka z wyciętej schorzałej tkanki z języczka: wielowarstwowy płaski nabłonek zgrubiały, zrogowaciały i oddzielający się; miejscami uległ rozpadowi i zniszczeniu, powodując zmiany ciągłości, tworząc ubytki — owrzodzenia, przykryte gdzieniegdzie na powierzchni krwawym strupem. Pod nabłonkiem spotyka się wolne przestrzenie, jamy, pęcherze. Tkanki rozluźnione, obrzękłe, przekrwione, naczynia miejscami silnie rozszerzone, lecz nie wszystkie wypełnione. Stwierdza się rozlany naciek zapalny. W warstwach powierzchownych drobnokomórkowe nacieczenie składa się przeważnie z leukocytów obojętnochłonnych wielojądrzastych, w warstwach zaś głębszych z domieszką komórek plazmatycznych. Widoczny jest rozrost włókien tkanki łącznej. Włókna mięsne są w stanie zapalnego zwyrodnienia. Światło gruczołów śluzowych rozszerzone, gruczoły są w stanie czynnym, komórki napęczniałe, wydzielają dużo śluzu, miejscami śluz sięga aż do samej komórki już zwyradniającej się i rozpadającej; dookoła gruczołów śluzowych widoczne drobnokomórkowe nacieczenie przeważnie z leukocytów obojętnochłonnych

Biorąc pod uwagę przytoczone dane, charakter zmian chorobowych na skórze i błonie śluzowej oraz obraz anatomo-patologiczny należy rozpoznawać w danym przypadku pęcherzycę co stwierdza Prof. Szmurło, który szczegółowo badał chorą i wyciął kawałek schorzałej tkanki do badania histo-patologicznego. Za wskazówki i pomoc w badaniu wyrażam na tem miejscu p. Profesorowi gorące podziękowanie.

W dyskusji zabiera głos Prof. Szmurło.

2. Prof. Dr. J. Szmurło *wygłosił odczyt p. t. „Twardziel a gruźlica"*.

W całej Europie środkowej, zwłaszcza na ziemiach słowiańskich: w Czechosłowacji, Jugosławii, w Polsce i w zachodnich dzielnicach Z. S. S. R., a więc na Białorusi i Ukrainie daje się po wojnie stwierdzić ogromny wzrost liczby przypadków twardzieli. Spowodowało to w sferach naukowych ogromne zainteresowanie twardzielą i na Międzynarodowym Zjeździe Otolaryngologów w Kopenhadze w 1928 r postanowiono utworzyć komitet do badań twardzieli, który miał przygotować dokładny i wszechstronny referat na Zjeździe Międzynarodowym w Madrycie w 1932 r. Przedstawiony materiał, złożony z szeregu poszczególnych referatów opierał się na 2589 przypadkach zebranych ze wszystkich krajów Europy, a poczęści Ameryki i Azji. Z tej ostatniej przedstawiono badania lekarzy holenderskich na Sumatrze, gdzie wykryto ogniska z 52 chorymi. Na samym Kongresie referent z Kolumbii przedstawił pracę o obserwowanych tam 120 przypadkach. W ten sposób im bardziej pogłębia się wiedza o twardzieli i im więcej zwraca się uwagi na badanych chorych, tem liczba chorych na twardziel okazuje się większą. Jednocześnie badania dokładniejsze oraz autopsja zmarłych na twardziel coraz bardziej przemawiają za tem, że choroba ta nie jest tylko miejscowym cierpieniem górnego odcinka dróg oddechowych, ale może przenosić się na głębsze części dróg oddechowych, oskrzela, gruczoły wnękowe, a nawet na przewód pokarmowy i t. d. i że można już obecnie mówić o niej jako o cierpieniu ogólnym, które powoli, ale stopniowo, może przy sprzyjających warunkach zakazić cały ustrój.

O gruźlicy w twardzieli autorzy wspominają niekiedy z powodu trudności rozpoznawczych, mało jednak znamy przypadków gruźlicy towarzyszącej twardzieli. Najwięcej pod tym względem dają przypadki sekcyjne osobników zmarłych na twardziel. Nowicki w 26 przypadkach takich sekcyj znalazł w 7 przypadkach przewlekłe zmiany gruźlicze. Podostre przypadki gruźlicze w przebiegu twardzieli opisali dawniej Neumann, Gaughofuer, Juffeuger, w ostatnim zaś dwudziestoleciu H. Ninger, Hybasch i Heinberg. Następnie autor podaje opis dwóch własnych przypadków, gdzie w jednym u chorego 38-letniego z bliznowatymi zmianami twardzielowymi i zrostami podniebienia i łuków tylnych z tylną częścią gardła, po operacji ustalenia połączenia nosa z gardłem rozwinęła się róża. W jej następstwie wystąpiły objawy obustronnego nieżytu szczytowego, a potem nacieczenia w płucach, które dały na zdjęciu rentgenowskim obraz rozwijającej się gruźlicy, która po 2 latach doprowadziła do zejścia śmiertelnego.

W drugim przypadku u 16-letniego chłopca z twardzielą krtani i tchawicy, leczonego rozszerzeniami za pomocą bronchoskopu, a następnie naświetlaniami promieniami Roentgena, w końcu serii naświetlań ustąpiły objawy stopniowo rozwijającego się zapalenia opon mózgowych. W płynie mózgowo-rdzeniowym w ostatnich dniach życia wykryto prątki Kocha. Sekcja zaś wykazała gruźlicę prosówkową opon podstawy czaszki i bruzdy Sylwiusza.

W końcu prelegent wypowiada następujące wnioski:

Coraz szersze i dokładniejsze badania wykazują, że twardziel nie jest bynajmniej miejscowem schorzeniem nosa i górnego odcinka dróg oddechowych, ale może zakażać oskrzela, gruczoły chłonne szyjne i wnękowe, a nawet jelita.

Współistnienie twardzieli z gruźlicą zdaje się nadawać tej ostatniej przebieg łagodny.

Ostre cierpienie, jak róża, w przebiegu takiego powikłania lub naświetlania promieniami radu lub X mogą wywołać wybuch utajonej lub przygasłej sprawy gruźliczej i być przyczyną śmierci.

3. Dr. Zienkiewicz J.: *Próby wywołania odporności przeciwkrztuścowej królików.*

Sekretarz: *E. Gerlée.*

NEKROLOGIA.

Ś. p. Doc. Dr. Tadeusz Pisarski.

Dnia 19 sierpnia b. r. około godziny 18,30 wieczorem rozegrała się tragiczna scena na Oddziale VII Urologicznym Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie. Ordynator tego Oddziału Doc. Dr. Pisarski odbywał codzienną swą wieczorną wizytę na Oddziale i właśnie rozmawiał z chorą umieszczoną na separatce 4, gdy nagle „tak mu się przed oczami zamroczyło" jak wyraził się do chorej. Postąpił kilka kroków ku drzwiom i runął na podłogę bezprzytomny. Usilne zabiegi licznych kolegów nie potrafiły zapobiec katastrofie i o godzinie 20,30 zmarł ś. p. Doc. Dr. Pisarski. Jak żołnierz na posterunku zmarł w czasie pełnienia swej służby — On — dla którego ten Oddział Urologiczny, którego był twórcą, stał się drugim domem, gdzie większą część dnia spędzał na pracy szpitalnej.

Ś. p. Doc. Dr. Pisarski, herbu Szreniawa, urodził się 5 grudnia 1878 r. w Drohobyczu, w Województwie Lwowskim, z ojca Adama inżyniera dróg kolejowych i matki Herminy z Boskowiczów. Gimnazjum ukończył w Krakowie, po czym wstąpił na Wydział Medyczny U. J. w Krakowie i ukończył go z tytułem Dra medycyny dnia 28. IV. 1903 r. Dnia 26 kwietnia 1904 r. zawiera związek małżeński z p. Marią z Bałuckich córką głośnego pisarza i dramaturga. Bezpośrednio po ukończeniu studiów wstępuje 22. V. 1903 do Szpitala św. Łazarza jako praktykant. Pracuje początkowo na oddziałach wewnętrznych, pediatrycznym i zakaźnym, po czym przez szereg lat na oddziale chirurgicznym jako lekarz adjutowany i sekundariusz. W październiku 1905 wyjeżdża do Wiednia, gdzie pracuje w klinice chorób wewnętrznych przez pół roku oddając się studiom medycyny wewnętrznej i hematologii. Równocześnie ze studiami medycyny wewnętrznej pracuje po powrocie do kraju w Zakładzie Mikrobiologicznym U. J., zajmując się bakteriologią i serologią. Na oddziale chirurgicznym pracuje w latach 1906 i 1907 po czym od 1. IV. 1908 nieprzerwanie aż do czasu mobilizacji w 1914 roku. W latach tych rozpoczyna specjalne studia urologiczne.

W czasie praktyki na oddziale chirurgicznym odbywa podróż naukową do Berlina, gdzie słucha kursów cystoskopii a następnie do Kopenhagi do kliniki chirurgicznej Prof. Rovsinga. Z dniem 1. VI. 1913 zostaje mianowany kierownikiem ambulatorium urologicznego przy oddziale chirurgicznym i na tym stanowisku pozostaje do dnia 30. VII. 1914, kiedy zmobilizowany został powołany do służby wojskowej. Przez cały czas wojny światowej a następnie polsko-bolszewickiej pełni służbę w szpitalach wojskowych jako chirurg, a po demobilizacji armii polskiej przechodzi 30. VI. 1921 do rezerwy jako podpułkownik lekarz. Dalsze lata pracy poświęca wyłącznie urologii. Od lipca 1921 do czerwca 1925 oddaje się studiom teoretycznym nad budową i mechanicznym powstawaniem kamieni moczowych, pracując w Zakładzie Mineralogii U. J., w Zakładzie Chemii Lek. U. J. i Zakładzie Medycyny Sądowej U. J. Owocem tych studiów jest praca habilitacyjna o „kamieniach moczowych, ich budowie i mechanicznym powstawaniu" Kraków 1925. Dnia 17 lipca 1925 zostaje zatwierdzony jako docent urologii na Uniwersytecie Jagiellońskim. Wkrótce zasłynął jako wybitny specjalista urolog, którego pomocy lekarskiej szukają liczni chorzy a między nimi najwyżej postawione osobistości naszego kraju.

Dzięki poparciu ówczesnego Premiera Prof. Bartla otrzymuje własny warsztat pracy w postaci wspaniałego nowo wybudowanego pawilonu urologicznego przy Szpitalu św. Łazarza. Budowa ukończona została w 1929 roku i w lipcu tegoż roku zostaje ś. p. Doc. Dr. Pisarski mianowany ordynatorem oddziału urologicznego. Oddział zajmuje pawilon jednopiątrowy otoczony pięknym parkiem spacerowym. Oddział ten wyposażony został w jak najkompletniejsze instrumentarium urologiczne, pracownię chemiczną i rentgenologiczną tak, że jest w zupełności samowystarczalnym. Jest to jeden z najładniejszych oddziałów w kraju, będący ostatnim wyrazem budownictwa szpitalnego. Posiadając własny oddział Ś. p. Doc. Dr. Pisarski poświęca się w zupełności pracy naukowej. Całe ranki i wieczory spędza na oddziale badając i operując chorych. Niezwykle uprzejmy człowiek, gołębiego serca, ujmujący swą wytwornością, cieszy się wielkim wzięciem u chorych, dba o nich i otacza ich swoją opieką. Gromadzi szereg młodych lekarzy około siebie, których kształci w urologii. Personal oddziału wyszkala, wprowadzając ład i porządek na oddziale. Otoczony jest powszechnym uznaniem swych przełożonych i cieszy się niezwykłą sympatią całego społeczeństwa, czego dowodem była tłumna manifestacja żałobna mimo wywczasów wakacyjnych. Odszedł przedwcześnie ze świata pionier nauki polskiej Urologii. Lekarz doświadczony, wzorowy ordynator, świetny specjalista i uczony. Dorobek naukowy ś. p. Doc. Dr. Pisarskiego składa się z 26 prac drukowanych, ogłaszanych w latach 1904 do 1935 w języku polskim i niemieckim, 9 prac z zakresu medycyny wewnętrznej a 17 z zakresu urologii.

Cześć Jego pamięci!

Dr. Topolnicki.
Dyr. Państw. Szpit. św. Łazarza w Krakowie.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Prof. Dr. Roman L e s z c z y ń s k i (Lwów) został wybrany członkiem korespondentem przez The British Association of Dermatology et Syphilology na dorocznym zebraniu tegoż towarzystwa w lipcu b. r.

Zmarli.

Dr. B e r n a d z i k o w s k i Szymon zmarł w Brzesku w wieku lat 80.

Różne.

Z k r a j u.

Choroby zakaźne w Polsce w czasie od 14. VI. do 4. VII. 1936:

Choroby	Tydzień 25 14–20/VI		Tydzień 26 21–27/VI		Tydzień 27 28/VI–4/VII	
Ospa	—		—		—	
Dur brzuszny	177	*14*	233	*10*	189	*11*
Dury rzekome	—		—		—	
Dur plamisty	45	*3*	33	*5*	51	*1*
Dur powrotny	—		—		—	
Czerwonka	14	*1*	21	*1*	22	
Płonica	320	*16*	364	*12*	333	*3*
Błonica	277	*16*	247	*14*	230	*5*
Nagm. zapalenie opon mózg.-rdz.	33	*9*	21	*3*	18	*3*
Odra	736	*3*	555	*4*	457	*3*
Krztusiec	285	*9*	240	*16*	191	*15*
Zimnica	23		6		12	
Zakażenie połogowe	34	*9*	35	*9*	19	*8*
Choroba Heine-Medina	—		4	*1*	6	*1*
Nagminne zapalenie mózgu	—		—		1	
Choroba Banga	—		—		1	
Trąd	—		—		—	
Gruźlica	556	*197*	563	*192*	466	*212*
Róża	105	*4*	102	*3*	88	*6*
Jaglica	848		790		515	
Twardziel	2		—		7	
Wąglik	1		—		—	
Nosacizna	—		—		—	
Włośnica	—		—		—	
Wścieklizna	—		—		—	

Liczby pochylone oznaczają zgony.

W ostatnich czasach mamy kilka nowych przykładów, że akcja bezpieczeństwa pracy nie stoi w Polsce na martwym gruncie, lecz postępuje żywo naprzód. W wykonaniu § II Rozporządzenia Min. Opieki Społecznej z dnia 14. VI. 1934 r. dwie nowe wielkie grupy przedsiębiorców zawarły z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych umowy w przedmiocie prowadzenia akcji bezpieczeństwa pracy. Pierwszą z nich jest centralny związek średniego i drobnego przemysłu, który przystąpił już do działania, powołując w tym celu dwóch inżynierów jako inspektorów. Drugą grupą są organizacje rolnicze, a mianowicie Związek Izb i Organizacyj Rolniczych R. P., Naczelna Organizacja Zjednoczonego Rolnictwa i Przemysłu Rolnego Zachodniej Polski oraz Rada Naczelna Organizacyj Ziemiańskich. W Broszniowie odbył się pierwszy rejonowy zjazd kierowników służby bezpieczeństwa pracy zakładów przemysłu drzewnego. Zjazd ten stanowi niewątpliwie rzeczowy krok na drodze ku polepszeniu stanu bezpieczeństwa pracy w przemyśle drzewnym.

Przy budowie wielkiego mostu na Wiśle pod Włocławkiem prowadzone były w ub. roku, jak informuje dr. H. Hummel w „Inspektorze Pracy", prace podwodne, przy pomocy kesonów. Budowę prowadziły dwie firmy na jednym brzegu każda. Na lewym brzegu warunki terenowe były pomyślne i ciśnienie 2,2 atmosfery było wystarczające. Natomiast na prawym brzegu Wisły, gdzie warunki były gorsze, ponieważ kesony trafiały nie na piasek, jak po stronie lewej, lecz na glinę i muł rzeczny, trzeba było stosować ciśnienie wyższe, bo dochodzące do 2,9 atmosfery. W pierwszej firmie przystąpiło do pracy 171 kesoniarzy przyczem zachorowań kesonowych było 81; w drugiej firmie przystąpiło do pracy 251 robotników, zachorowań zaś było 240. Choroba kesonowa jest jedną z najbardziej niebezpiecznych chorób zawodowych, która powstaje wskutek pracy pod wysokiem ciśnieniem. Zasadniczym warunkiem walki z chorobą kesonową jest staranny dobór robotników do pracy, oparty na dokładnem badaniu przez kompetentnego lekarza, stały nadzór lekarski przy prowadzeniu robót kesonowych i ścisłe przestrzeganie przepisów, dotyczących powolnego t. zw. „śluzowania" robotników. Przy zastosowaniu tych środków liczba zachorowań może być znakomicie zmniejszona, a wypadki śmierci wogóle usunięte.

A n g l i a.

Rząd angielski powołał specjalną komisję do zbadania warunków higieny i bezpieczeństwa pracy w górnictwie angielskim. Zadaniem komisji będzie zbadanie możliwości podniesienia stanu higieny i bezpieczeństwa pracy w kopalniach i opracowanie środków zmierzających do uzdrowienia pracy górników.

S z w e c j a.

Szwedzka Rada Zdrowia zwróciła się do parlamentu z projektem utworzenia Instytutu Higieny Społecznej. Według przedstawionego planu instytut będzie się składał z kilku oddziałów, m. i. utworzony zostanie oddział higieny przemysłowej. W programie prac instytutu przewiduje się szkolenie inspektorów pracy w zakresie higieny pracy.

J a p o n i a.

Instytut Naukowy Pracy im. Kurosiki i Japońskie Towarzystwo popierania badań naukowych wyłoniły wspólną komisję do zbadania warunków odżywiania się ludności robotniczej. Analogiczną ankietę rozpisało niedawno Międzynarodowe Biuro Pracy w Genewie do wszystkich państw będących jego członkami. Zadaniem tych badań jest opracowanie środków zmierzających do poprawy odżywiania ludności robotniczej.

C h i n y.

Nawet w Chinach wzrasta zrozumienie znaczenia higieny pracy. Jak donosi „Central Daily News" otwarto niedawno w Nankinie Wystawę higieny i bezpieczeństwa pracy, zorganizowaną przez Centralne Biuro inspekcji pracy. Wystawa zawiera szereg fotografij, tablic, wykresów, filmów i modeli. Cieszy się ona dużym powodzeniem.

Redakcja otrzymała:

T. Ostrowski i Wl. Dobrzaniecki: Considérations sur la valeur de l'implantation des uretères selon la méthode de R. C. Coffey à la lumière de l'urographie intra-veineuse. Journal de Chirurgie. T. 47. Nr. 6. 1936.

Société des Nations: Le problème de l'alimentation. Vol. III. L'alimentation deus divers pays.

Zbiór prac z Kliniki Położniczej i Chorób Kobiecych Uniwersytetu Jagiellońskiego pod kierunkiem prof. dr. Januarego Zubrzyckiego. Z. V. Kraków 1935.

H. Higier: Zagadnienia nauki dzisiejszej i wczorajszej o chorobach dziedzicznych wogóle, o heredo-degeneracji układu nerwowego w szczególności i o jej zapobieganiu. (Analiza strukturalna choroby rodzinnej jako problem badawczy). Odb. z „Warsz. Czasop. Lek." Nr. 21—26. 1936.

H. Higier: W sprawie walki eugenicznej z powrotem osobników małowartościowych. Odb. z „Warsz. Czasop. Lek." Nr. 27—28. 1936.

Karabin i nosze (Wspomnienia lekarzy i farmaceutów z lat 1914—20). T. I. Warszawa 1936. Nakł. Koła Wydawniczego Oficerów Korpusu Sanitarnego.

The Quartz Lamp. Vol. V. Nr. 4. 1936.

J. Garbień: Causyth w chirurgji. Odb. z „Lek. Wojsk." Nr. 12. 1936.

St. Ermich: Przypadek mnogich polipów męskiej cewki moczowej u $2^1/_2$ miesięcznego dziecka. Odb. z „Pol. Przegl. Chirurg." Z. 2. T. XV. 1936.

O. Lambret, H. Malatray, J. Dressen: La chirurgie du Cancer du poumon. Masson et Cie. Paryż.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.